



Amira Bushnaief
Erja Saarela

**KUNTOUTUJAN OSALLISUUTTA VAHVISTAVAN TOIMINTAMALLIN
KEHITTÄMINEN FYSIOTERAPEUTIN JA LÄÄKÄRIN TYÖHÖN**

**KUNTOUTUJAN OSALLISUUTTA VAHVISTAVAN TOIMINTAMALLIN
KEHITTÄMINEN FYSIOTERAPEUTIN JA LÄÄKÄRIN TYÖHÖN**

Amira Bushnaief
Erja Saarela
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Kuntoutuksen
koulutusohjelma
Oulun seudun
ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutusohjelma, ylempi (AMK)

Tekijät: Amira Bushnaief ja Erja Saarela
Opinnäytetyön nimi: Kuntoutujan osallisuutta vahvistavan toimintamallin kehittäminen fysioterapeutin ja lääkärin työhön
Työn ohjaaja:kuntoutuksen yliopettaja TtT Arja Veijola
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013
Sivumäärä: 99 + 3 liitesivua

Kehittämistoiminta toteutettiin vuosien 2011-2013 aikana Oulun kaupungin kuntoutuspalveluiden tuki- ja liikuntaelin (TULE) sairauksista kärsivien kuntoutujien kanssa työskentelevien fysioterapeuttien ja fysiatrian erikoislääkärin kanssa yhteistyössä.

Kehittämistoiminta käynnistyi tarpeesta kehittää uusia motivoivia sekä kuntoutujaa kuntoutukseensa osallistavia ja sitouttavia työmenetelmiä TULE -oireisten kuntoutumisprosessiin. TULE -sairaudet ovat suurin ja koko ajan kasvava tautiryhmä maassamme. Haasteena on kuntoutujien toistuva hakeutuminen terveysasemien päivystysvastaanotoille sekä heidän huono kiinnittyminen kuntoutuspalveluihin.

Tämän kehittämistyön strategiseksi lähestymistavaksi valittiin osallistava toimintatutkimus. Toimintatutkimukseen liittyviä tutkimusaineistoja kerättiin monimuotoisilla menetelmillä: videoimalla, haastattelemalla, kyselylomakkeilla sekä koulutuspalautteilla ja työntekijöiden oppimiskokemuksen suullisella ja kirjallisella palautteella. Tuotetut aineistot analysoitiin sisällön analyysillä ja havainnointiaineistot MISC -menetelmällä. Kehittämisprosessin jatkuva arviointi ohjasi kehittämistoimintaa ja tuotti tietoa kuntoutuspalvelun toimintamallin kehittämisestä ja kehitettyjen menetelmien toimivuudesta.

Toimintatutkimuksen tuloksena rakentui kuntoutujan osallisuutta tukeva ja kuntoutujaa motivoiva toimintamalli. Malli kiinnittyy transteoreettiseen muutosvaihemalliin ja osallisuuden kehittymisen teoreettiseen malliin. Mallissa kiinnitetään huomio kuntoutujan kuntoutumisvalmiuteen. Mallin ydin on motivoivan haastattelun henki. Kehittämistoiminnasta hyötyvät kuntoutuspalveluiden työntekijät sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät kuntoutujat. Kehittämistoiminta vahvisti käsitystä kuntoutujan osallisuuden merkityksestä omassa kuntoutumisprosessissaan sekä käyttäjälähtöisten palveluiden kehittämisessä.

Asiasanat: TULE -kuntoutus, osallisuus, motivaatio, muutosvaihemalli, osallistava toimintatutkimus, toimintamalli

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Rehabilitation programme

Authors: Amira Bushnaief and Erja Saarela

Title of thesis: Developing a model for physiotherapists and doctors to reinforce the participation of the patient

Supervisor(s): Arja Veijola

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012

Number of pages: 99 + 3 appendices

The research and development related to this study was done during 2011-2013 in cooperation with the physiotherapists and doctors who are working with patients suffering from musculoskeletal diseases and treated at the rehabilitative services of the city of Oulu.

The research was borne from the need to develop new methods which promote motivation, participation and commitment specifically in the rehabilitative process of the musculoskeletal patients. Musculoskeletal diseases are both the biggest and fastest growing group of diseases in Finland. The challenge is that patients repeatedly seek help from emergency rooms and they do not easily commit to rehabilitative services.

The strategic approach selected for this study is participatory action research. The material was collected using several different methods: videos, interviews, questionnaires and feedback both from the training sessions and the participants' learning experience. This material was analysed using content analysis and the additional observatory material using the MISC -method. The continuous evaluation of the development process guided the research and produced information about how the development of the model and the methods themselves worked.

As a result, we built a model which supports the participation of the patient and motivates them. The model is connected to the transtheoretical model of change and the theoretical of increased participation. The model focuses on how well the patient is prepared to become rehabilitated and the core of the model is in the spirit of motivational interview. The customers of this study are both the staff working in rehabilitative services and the patients suffering from musculoskeletal diseases. The study reinforced our premise of how meaningful it is to enable the patient to participate in their rehabilitative process and how important it is to develop user-centred services.

Keywords: rehabilitation of musculoskeletal diseases, participation, motivation, transtheoretical model of change, participatory action research, operational model

TAULUKOT, KUVIOT JA LIITTEET

TAULUKOT:

TAULUKKO 1. Alaselkävivun kroonistumisen riskitekijät

TAULUKKO 2. Shierin malli osallisuudesta

TAULUKKO 3. Motivoivan haastattelun vaiheet ja menetelmät

TAULUKKO 4. Tutkimusaineistot

TAULUKKO 5. Kehittämistyön resurssit

TAULUKKO 6. Suunnittelukokoukset

TAULUKKO 7. Yleisarvio työntekijöistä

TAULUKKO 8. Keskiarvo kuntoutujista

TAULUKKO 9. Yleisarviot vuorovaikutuksesta

TAULUKKO 10. Yleisarvio työntekijöistä. MISC-analyysin vertailu ensimmäisen ja toisen havainnoinnin välillä.

TAULUKKO 11. Keskiarvo kuntoutujista. MISC-analyysin vertailu ensimmäisen ja toisen havainnoinnin välillä.

TAULUKKO 12. Yleisarvio vuorovaikutuksesta. MISC-analyysin vertailu ensimmäisen ja toisen havainnoinnin välillä.

KUVIOT:

KUVIO 1. Alaselkäsairauden määrittely

KUVIO 2. Kehittämistyön aikataulutus

KUVIO 3. Toimintatutkimuksen kehä

KUVIO 4. Kuntoutujan osallisuutta vahvistava toimintamalli

LIITTEET:

LIITE 1. Suostumus osallistua kehittämis- ja tutkimustyöhön

LIITE 2. Kuntoutujan kyselylomake tapaamisen jälkeen

LIITE 3. Työntekijän kyselylomake tapaamisen jälkeen

TAULUKOT, KUVIOT JA LIITTEET	5
1 JOHDANTO	8
2 SELKÄKIPU	10
2.1 Yhteiskunnallinen näkökulma selkäkipuun.....	10
2.2 Selkävun luonne ja luokittelu	12
2.3 Alaselkävun Käypä hoito –suositus.....	15
3 MOTIVOINTI OSANA KUNTOUSTUSTA	17
3.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli	18
3.2 Kuntoutumisvalmius	20
3.3 Kuntoutujan osallisuus	22
3.3.1 Osallisuuden ulottuvuudet	25
3.4 Motivoivat työmenetelmät.....	27
4 TUTKIMUSAVUSTEINEN TOIMINTAKÄYTÄNNÖN KEHITTÄMINEN	32
4.1 Kehittämisen ja tutkimuksen yhdistyminen kehittämistoiminnassa	35
4.2 Toimintatutkimuksen tavoitteet ja tehtävä	37
4.3 Kehittämistyössä tuotetut aineistot ja niiden analyysi.....	38
4.4 Osallistujien roolit ja aikataulutus.....	47
5 MOTIVOIVIEN TYÖMENETELMIEN KEHITTÄMINEN	49
5.1 Kehittämisympäristö	51
5.2 Kehittämistyö alkaa.....	53
5.2.1 Interventioiden toteutussuunnitelma	55
5.2.2 Lähtötilanteen kuvaus.....	56
5.3 Interventiot.....	59
5.3.1 Ensimmäinen interventio.....	60
5.3.2 Toinen interventio	63
5.3.3 Kolmas interventio.....	66
5.3.4 Neljäs interventio.....	68
6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	71
7 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI.....	80
7.1 Kehittämisprosessin arviointi.....	81
7.2 Kehittämistyön tulosten hyödynnettävyys	82

7.3 Toimintamallin jatkokehittäminen	83
8 Eettisten asioiden huomiointi kehittämistyössä	84
LÄHTEET	87
LIITE 1	100
LIITE 2	101
LIITE 3	102

1 JOHDANTO

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet eli TULE-sairaudet ovat suurin ja koko ajan kasvava tautiryhmä maassamme. TULE-sairaudet heikentävät aina ihmisen toimintakykyä. Yleisimpiä TULE-sairauksia ovat selkärangan, niskan ja olkapään sairaudet sekä nivelrikko ja vammojen jälkitilat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 21.) Suomessa yleisimmät pitkäaikaissairaudet ovat juuri TULE-sairaudet, jotka aiheuttavat eniten työpoissaoloja sekä toiseksi eniten varhaiselle eläkkeelle siirtymistä. Jopa miljoona suomalaista kärsii erilaisista TULE-ongelmista. Nämä sairaudet ovat mielenterveyshäiriöiden jälkeen toiseksi yleisin syy myös jäädä pysyväälle työkyvyttömyyseläkkeelle, mutta kaikista yleisin syy ohimenevään työkyvyttömyyteen. (Pohjolainen 2004, 12; Bäckmand & Vuori 2010, 8; Martimo 2010, 6.)

Työterveyslaitoksen Työolot Suomessa –tietojärjestelmän mukaan palkansaajien sairauspäivärahopäivien määrä on kasvanut koko ajan kaksituhatta luvulla. Vuonna 2000 sairauspäivärahalla oli TULE-sairauksien vuoksi yhteensä 3 391 136 palkansaajaa ja vuonna 2011 palkansaajia oli 4 466 676. (Sairauslomapäivärahopäivät tautiryhmittäin, hakupäivä 9.6.2013.) Onkin arvioitu TULE -sairauksien kustantavan valtiolle noin 2,5 miljardia euroa vuodessa, mikä sisältää niin suorat kuin epäsuoratkin menot (Heliövaara ym. 2009; Bäckmand & Vuori 2010, 9).

Alaselkäkipu on työikäisten yleisin TULE –vaiva, ja sen yleisin oire kipu. Kipua voidaan pitää kansanterveydellisenä ongelmana, jonka asianmukainen diagnostiikka, hoito ja kuntoutus voidaan nähdä myös yhteiskunnan taloudellisena haasteena. (Martimo 2010, 6.)

Yhteiskunnassamme on meneillään laaja muutosprosessi. Muutoksen merkittävimmät taustatekijät ovat väestön ikärakenteen, työmarkkinoiden ja työllisyyden muutokset, sekä eriarvoisuuden ja syrjäytymisen lisääntyminen. Viimeaikaisilla yhteiskuntapoliittisilla linjauksilla ja toimenpiteillä on lisätty yksilön vastuuta ja osallisuutta (mm. Terveystieteidenhuoltolaki, hakupäivä 6.6.2013, Terve tuki- ja liikuntaelimestö, hakupäivä 6.6.2013.)

Osallisuus ja osallistuminen ovat tämän ajan muotikäsitteitä ja ilmiöitä. Osallisuuden vaatimus esitetään niin lainsäädännössä (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 30.12.2010/1326, hakupäivä 20.4.2012), kehittämissuunnitelmissa (mm. Kaste 2012-2015, hakupäivä 20.4.2012) kuin poliittisissa linjauksissa (mm. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma, hakupäivä 12.3.2012). Hallitusohjelmassa (2011, 57) painotetaan lisäksi palveluiden kehittämisessä ennaltaehkäisyä, laatua, vaikuttavuutta, yhdenvertaisuutta ja oikea-aikaisuutta. Kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen ovat keskeisiä myös oppaassa, missä ohjataan TULE -sairauksien ehkäisyä ja hoitoa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, hakupäivä 6.6.2013.) Kuntoutujan osallisuuden merkitys on huomioitu mm. Kuntoutus-päivien 2010 keskeisenä teemana.

Tämän hetkinen yhteiskunnallinen tilanne on pakottanut yhteiskuntarakenteiden ja hyvinvointipalveluiden toimintamallien kehittämiseen sekä kansallisesti että alueellisesti. Oulun alueen hyvinvointipalvelujen kehittämistyötä ohjaavat Uuden Oulun Yhdistymissopimus (2010) sekä Uuden Oulun palvelujen järjestämishjelma (Innovaatiostrategia 2007 – 2013, hakupäivä 5.5.2012).

Jotta kansallista kehittämistyötä ohjaisi yhteiskuntapoliittisten linjausten lisäksi kansalaisten tarpeet, painotetaan kehittämisessä entistä voimakkaammin kansalaisten mielipiteiden ja kokemusten kuulemisen merkitystä. Kokemustietoa on alettu kerätä systemaattisesti esimerkiksi hyvinvointitutkimuksilla. Yksilön hyvinvointi on tavoite, johon yhteiskuntapoliittisella toiminnalla ja palveluilla pyritään. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015 – kansanterveysohjelma 2001, 28.) Käyttäjä- ja asiakaslähtöisillä kehittämismenetelmillä varmistetaan, että myös hyvinvointipalveluiden käyttäjien kokemukset ja näkemykset tulee huomioida kehittämistyössä (Virtanen ym. 2010, palvelumuotoilulähde). Tähän haasteeseen etsitään tässä kehittämistutkimuksessa vastauksia.

Tämän kehittämistyön strategiseksi lähestymistavaksi valittiin osallistava toimintatutkimus (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 51; Whyte 1991). Kehittäminen kohdentui fysioterapeuttien ja lääkärin toimintaan pitkäaikaissairaana selkäkipuisen kuntoutujan kanssa. Lähtökohtana kehittämiselle on Oulun Kuntoutuspalveluiden ko. kuntoutujaryhmän kanssa toimivien asiantuntijoiden itse tunnistamat tarpeet toimintansa kehittämiseksi.

Samanaikaisesti kehittämissyhteisössä kehitettiin intensiivisesti selkäkipuisten asiakkaiden palveluja.

Kehittämistoiminnan tuloksena syntyi kuntoutujan osallisuutta tukeva ja kuntoutujaa motivoiva toimintatapa, joka rakentuu transteoreettisesta muutosvaihemallista, kuntoutumisvalmiuden käsitteestä, osallisuuden portaista ja motivoivasta toimintatavasta, jossa korostuu motivoivan haastattelun henki. Kehittämistoiminnan tuloksena syntynyt fysioterapeuttien ja lääkärin uusi työskentelytapa kiinnittyy tämän hetken kuntoutuspoliittisiin ja -rakenteellisiin painopistealueisiin sekä mukailee Käypähoito -suositusta. Uudistuneella työskentelytavalla vastataan osaltaan TULE –oireisten henkilöiden kuntoutuksen haasteisiin. Raportoitavasta kehittämissuunnitelmasta ja sen tuloksista hyötyvät Uuden Oulun kuntoutuspalveluiden lisäksi myös muut alueen toimijat sekä ennen kaikkea TULE –oireiset kuntoutujat.

Tässä raportissa kuvataan kehittämistyön lähtötilanne, nimetään kehittämistarpeet ja esitetään kehittämissuunnitelma sekä prosessin tulokset. Tämä kehittämissuunnitelma kohdentui selkäkipuisten kuntoutujien kanssa työskentelevien fysioterapeuttien ja lääkärin toimintaan, erityisesti kuntoutujaa motivoivaan työskentelyyn. Selkävun ja sen hoidon, fysioterapian ja kuntoutuksen asiantuntijoita ovat kehittämistyöhön osallistuneet kuntoutuspalveluiden työntekijät. Kehittämissuunnitelmaa ohjaavat ja arvioivat sekä raportin tuottavat opiskelijat edustavat motivoivan ja kuntoutujan osallisuutta erityisesti tukevan työskentelyn asiantuntijoita. Joten tässä raportissa esitetään selkäkipu, sen luokitus ja hoito tarkoituksella sillä tasolla, että kehittämistyön konteksti voidaan tunnistaa.

2 SELKÄKIPU

2.1 Yhteiskunnallinen näkökulma selkäkipuun

Suomessa julkaistiin vuonna 2007 Kansallinen TULE-ohjelma (KTO) vuosiksi 2008–2015. Sen laatimiselle antoi sysäyksen Kansainvälinen tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuosikymmen (The Bone and Joint Decade 2000–2010 for Prevention and Treatment of Musculoskeletal Disorders), jonka tavoitteena on lisätä tietoisuutta tule-

sairauksien yhteiskunnalle aiheuttamasta taakasta, pyrkiä parantamaan tule-sairauksien tuntemusta sekä tehostaa niiden ehkäisyä ja hoitoa tutkimuksen keinoin. Kansallisen TULE-ohjelman päämääränä on väestön parempi tule-terveys ja väestöryhmien välisten erojen pieneneminen. Ohjelma on ensisijaisesti suunnattu valtakunnallisille päättäjille ja vaikuttajille toimintapolitiikkojen aikaansaamiseksi. Ohjelma on suunnattu myös kaikille niille tahoille ja henkilöille, jotka voivat vaikuttaa päätöksillään tule-terveyteen. Näitä ovat muun muassa eri alojen päättäjät, tutkijat, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, toiminnoillaan asiantuntijat, palvelutuottajat, kolmannen sektorin toimijat ja kansalaiset. Ne käsittävät toisaalta vaikuttamista laaja-alaisten terveyttä edistävien politiikkojen ja ohjelmien aikaansaamiseksi ja toisaalta käytännön toimenpiteitä tule-ongelmien ehkäisemiseksi sekä hoidon ja kuntoutuksen ja näitä tukevien toimintojen edistämiseksi. (Kansallinen TULE-ohjelma 2007, 4-7, hakupäivä 6.6.2013.)

Pekka Mäntyselän (1998) väitöskirjatutkimuksen mukaan joka kolmas terveyskeskuslääkärillä käynti tehdään kipuoireen takia. Kipu on ensisijaisena tai osasyynä 40 prosentissa perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä. Kipupotilaiden käyntisyistä tuki- ja liikuntaelin oireiden eli TULE -oireiden osuus on 42 %. (Mäntyselkä 1998.)

Pohjolainen, Seitsalo, Sund ja Kautiainen (2007) selvittivät selkävaivoja sairastaneiden hoito-, kuntoutus-, sairausloma- ja eläketiedot Stakesin hoitoilmoitusrekisterin sekä Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen rekisterien avulla ajalta 1995–2005. Selkäsairauksien hoitokustannukset ovat vuosien 1995-2005 aikana vakiintuneet 35 miljoonaan euroon vuodessa. Selkävivulla on vahva taipumus uusiutua, sillä puolella kaikista aikuisista on ollut yli viisi selkäkipujaksoa. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana selkäkipua on tuntenut joka kolmas aikuinen. Myös alaraajaan säteilevä selkäkipu eli iskiaskipu on yleinen oire: joskus sitä on tuntenut lähes 40 % aikuisista. (Heliövaara ym. 1993.) Joka seitsemännestä terveyspalvelujen suurkuluttajasta tulee pysyvästi paljon palveluja käyttävä (Saxén 2009).

Kelan sairausvakuutusilaston (2010, 143-148) mukaan vuonna 2010 sairauspäivärahaa saaneiden suurimman ryhmän muodostivat tuki- ja liikuntaelin sekä sidekudossairaajat (111 906 henkilöä). Näistä suurin joukko oli selkäsairaita ja selkäsärystä kärsiviä henkilöitä (yhteensä 75 137 henkilöä = lähes 70 %). Toiseksi suurin ryhmä oli mielentervey-

den ja käyttäytymisen häiriöt. Kolmanneksi suurin ryhmä oli vammat, myrkytykset ja muut ulkoisten syiden seuraukset.

Hiltunen, Nyman ja Kiviniemen mukaan (2012, 25-26) työkyvyttömyyseläkkeen saajista mielenterveyden häiriöistä kärsivät ja tuki- ja liikuntaelinsairaat muodostivat kaksi suurinta joukkoa. Kaikista vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkettä työeläkkeenä saavista 39 prosentilla, eli noin 79 000:lla henkilöllä, oli syynä jokin mielenterveydenhäiriö. Tuki- ja liikuntaelinsairaus oli työkyvyttömyyden syynä noin 59 000:lla henkilöllä. Nämä kaksi sairausryhmää kattavat kaksi kolmasosaa työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevista sairauksista.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyville eläke myönnetään kuitenkin useimmiten tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella. Vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä joka kolmannella (8100 henkilöä) oli työkyvyttömyyden pääasiallisena syynä jokin tuki- tai liikuntaelinten sairaus. Voidaankin todeta, että tuki- ja liikuntaelinsairaiden hoito ja kuntoutus ovat merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste Suomessa. (Hiltunen, Nyman & Kiviniemi 2012, 25-26.)

2.2 Selkävun luonne ja luokittelu

Australialainen Peter O'Sullivan on tehnyt luokittelun, jossa alaselkäkiput jaotellaan spesifisiin ja epäspesifisiin syihin. Spesifiset syyt ovat ns. lääketieteellisiä syitä, joissa selkäkipuun löytyy orgaaninen syy. Tähän ryhmään kuuluvat mm. murtumat, tuumorit, selkäydinpinteet ja hermojuurien pinteet. Spesifisiä selkäkipuja on 5-10% kaikista selkävunista. (O'Sullivan 2005.)

Loput selkävunista on epäspesifisiä kipuja, joihin ei löydy lääketieteellistä syytä eikä niitä voida todentaa kuvantamistutkimuksilla. Epäspesifit selkäkiput on jaoteltu edelleen ei-mekaanisiin ja mekaanisiin syihin. Ei-mekaanisiin syihin kuuluvat mm. psykososiaaliset ja pelkovälttämiskäyttäytymiseen liittyvät kivut. Ei-mekaanisia selkäkipuja on n. 30% kaikista selkävunista. (O'Sullivan 2005.)

Mekaaniset selkäkiput muodostavat selkäkipujen suurimman alaryhmän (noin 60% selkävunista). Mekaanisia selkäkipuja ovat liikehäiriöt ja liikekontrollin häiriöt. Liikehäi-

riössä henkilöllä on kivulias ja/tai rajoittunut liikesuunta, joka on yhteydessä kudosperäiseen oireeseen, esim. välilevyongelmaan. Liikekontrollin häiriössä selkäkipu puolestaan provosoituu staattisissa asennoissa mutta liike ei ole rajoittunut mihinkään suuntaan. (O'Sullivan 2005.)

KUVIO 1: Alaselkäsairauden määrittely

Ei-mekaanisella epäspesifillä selkäkipulla keskeinen piirre on orgaanisen perustan puuttuminen ja samaan aikaan kipua provosoivien ja helpottavien tekijöiden puuttuminen. Ei-mekaanisilla selkävaivoilla tarkoitetaan kivun dominointia psykologisten ja /tai sosiiaalisten tekijöiden aiheuttamana. Kuntoutujan toiminnanhäiriöihin liittyy usein hallitsevat psykososiaaliset piirteet, kuten huolestuneisuus, pelot, masentuneisuus, negatiiviset uskomukset, heikko ongelmanratkaisukyky ja erityisesti uskomukset siitä, että liikkuminen on vaarallista kivun ollessa aktiivinen. (Luomajoki 2011, 5; O'Sullivan 2006, 4-5.)

Kipua pidetään kroonisena, kun se on kestänyt yli 3-6 kuukautta. Niiden kuntoutujien, joiden kohdalla uhkana on kipuongelman kroonistuminen, on erityisen tärkeää tunnistaa kroonistumisen riskitekijät. Selkävivun kroonistumisen riskitekijöiden osalta puhutaan ”punaisista lipuista” ja ”keltaisista lipuista” (taulukko 1). Jaottelun tarkoituksena on helpottaa selkävivusta kärsivän kuntoutujan hoidon suunnittelua ja toteutusta. (Estlander 2003, 48-50.)

TAULUKKO 1: Alaselkävivun kroonistumisen riskitekijät

	Punaiset liput Spesifi alaselkäkipu	Keltaiset liput Epäspesifi alaselkäkipu
Osuus selkävivusta	5-10%	90-95%
Fyysisiä oireita, jotka viittaavat elimelliseen sairauteen tai vaurioon	neurologiset puutosoireet kuume laihtuminen jatkuva voimakas kipu (myös öisin) hermojuuriongelmat neurologisine löydöksineen sietämätön kipu kipu pahenee kohtuuttomasti lyhyen ajan sisällä kipu ei helpotu levossa huono yleiskunto aiempi syöpä leikkauksen tuore jälkitila injektio, huumeet (infektio)	
Psykososiaaliset riskitekijät		käsitykset ja uskomukset kivusta ja toipumisesta asenne kivun pelko korostettu varovaisuus passiivisuus psykkinen rasittuneisuus uskomus, että kipu ja aktiivisuus ovat haitallisia pitkitetty lepo masentunut mieliala sosiaalinen vetäytyminen negatiivisuus moniin eri hoitoihin hakeutuminen huono työtyytyväisyys, ongelmat töissä, kuormittava työ, fyysisesti raskas työ ylihuolehtiva perhe vs. tuen puute valitukset, oikeudenkäynti ja kompensaaation hakeminen
Selkävivun syyt	ratsupaikkaoireyhtymä aortta-aneurysman repeymä tai aortan dissekoituma pahanlaatuinen kasvain bakteerispondyliitti diskiitti rangan kompressiomurtuma spondylolisteesi spinaalistennoosi selkärankareuma	moninaiset psykologiset tekijät korostuvat

Punaiset liput ovat vakavien sairaustilojen kliinisiä indikaattoreita, jotka vaativat päivystyksellistä lääkärissä käyntiä. Punaiset liput on suunniteltu käytettäväksi akuutin alaselkävun arvioinnissa ja hoidossa, mutta niitä voidaan hyödyntää myös muissa kiputiloissa. Oireet voivat olla esimerkiksi neurologisia puutosoireita, laihtumista, kuumeilua ja jatkuvaa voimakasta kipua. (Estlander 2003, 49-50; Luomajoki 2011, 5.)

Keltaiset liput ovat psykososiaalisia tekijöitä, jotka ennustavat lisääntyttä riskiä pitkäaikaisen tuskan, kyvyttömyyden ja kivun kehittymiseen. Psykososiaalisia riskitekijöitä ovat esimerkiksi uskomukset kivusta tai toipumisesta, negatiivinen asennoituminen hoitoon ja kuntoutukseen, pelot kipua kohtaan, korostunut varovaisuus, passiivisuus, sekä psyykkinen kuormittuneisuus. Keltaiset liput ovat punaisten lippujen tapaan suunniteltu erityisesti akuuttien alaselkäkipujen arviointiin ja hoitoon, mutta niitäkin voidaan käyttää hyödyksi muissa akuuteissa kiputiloissa. Keltaiset liput voivat liittyä potilaan asenteisiin ja uskomuksiin kivusta tai toipumisesta, tunteisiin, käyttäytymiseen, perheeseen ja työpaikkaan. Tunnistamalla keltaisen lipun potilaat ja kohdentamalla heille oikeanlaista, oikea-aikaista kuntoutusta voidaan paremmin vastata kuntoutujien tarpeeseen ja samalla vapauttaa terveysasemien päivystyksen resursseja. (Liebenson 2002, 1-5; Bogduk 2005, 49; Luomajoki 2010, 20.)

Selkäkipupotilaat kuormittavat päivystystä, vaikka kroonisista selkävaivoista kärsivien kuntoutujien hoitopaikka ei tulisi olla päivystys. Alaselkäkipupotilaan kuntoutuksen käynnistyminen myös viivästyy hoitoketjuohjeista huolimatta. Tämä selkäkipuisten kuntoutujan kuntoutuspalveluiden kehittäminen kohdentuu keltaisen lipun kuntoutujien kanssa työskentelevien fysioterapeuttien ja lääkärin toimintaan. Asiakasryhmä, jonka kanssa työntekijät kehittämistyön aikana työskentelivät muodostui pitkäaikaisista tuki- ja liikuntaelinkivuista kärsivistä kuntoutujista. Mukana oli kuntoutujia, joilla oli tuki- ja liikuntaelinkipujen lisäksi yleistynyttä kipua sekä psykososiaalisia rasisustekijöitä.

2.3 Alaselkäkivun Käypä hoito –suositus

Alaselkäkivun Käypä hoito –suosituksen viimeisin päivitys on vuodelta 2008. Siinä alaselkäkipu jaetaan akuuttiin, pitkittyneeseen ja krooniseen alaselkäkipuun sekä erilaisiin selkäsairauksiin. Kaikissa edellä mainituissa tiloissa on tärkeää tunnistaa vakavat ja spesifiset alaselkäkivun syyt varhain ja hoitaa ne asianmukaisella tavalla. Potilaan perus-

teellinen informointi selkäkivusta ja sen luonteesta on ensiarvoista ja se kuuluu aina selkäkivun hoitoon. Informointi, esimerkiksi opaslehtisten avulla, vähentää potilaan ahdistuneisuutta sekä lisää hoitotyytyväisyyttä ja –myönteisyyttä. Pääperiaatteena alaselkävun hoidossa on oirenmukainen hoito ja toimintakyvyn palauttamiseen tähtäävä kuntouttava hoito. Potilaan oma rooli alaselkävun hoidossa on tärkeää. (Käypä hoitosuositus, hakupäivä 2.6.2013.)

Akuutissa alaselkävussa (kivun kesto alle kolme viikkoa) ensilinjan hoitona on parasetamoli sekä vuodelevon välttäminen. Potilasta tulee kannustaa jokapäiväisten toimien tekemiseen. Fysikaalisista hoidoista akuutin selkävun aikana ei ole todettu olevan hyötyä. Potilaalle voidaan kirjoittaa tarvittaessa lyhytkestoinen sairausloma mutta hoidon tavoitteena on potilaan pikainen palaaminen työelämään. (Käypä hoito-suositus, hakupäivä 2.6.2013.)

Pitkittyneessä alaselkävussa (6-12 viikkoa) tärkeimpänä hoitona on laaja-alainen moniammatillinen aktiivinen kuntoutus, joka ottaa huomioon psykososiaaliset tekijät. Fysikaalisessa kuntoutuksessa tulee keskittyä yleiskuntoa ja lihasvoimaa parantaviin harjoitteisiin. Kipulääkkeinä voi käyttää tarvittaessa tai jaksoina parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä ja lieviä opiaatteja yhdistettynä tulehduskipulääkkeisiin. Hoidon tavoitteena on tunnistaa keltaiset liput ja estää alaselkävun kroonistuminen. (Käypä hoitosuositus, hakupäivä 2.6.2013.)

Krooninen alaselkäkipu on kyseessä silloin, kun kipu on kestänyt yli kolme kuukautta. Hoitoperiaatteet ovat lähestulkoon samat kuin pitkittyneessä alaselkävussa: intensiivinen moniammatillinen kuntoutus sekä lihasvoimaa ja yleiskuntoa parantava fysikaalinen harjoittelu. Kipulääkkeitä voi käyttää jaksoittain, jos potilas kokee niistä hyötyvänsä. (Käypä hoito-suositus, hakupäivä 2.6.2013.)

Kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä on todettu olevan vaikutusta myös kroonisen alaselkävun hoidossa, sillä psykososiaaliset tekijät saattavat pitkittää ja vaikeuttaa toimintakykyongelmaa ja kipukäyttäytymistä. Leikkaushoitoa ei pidetä ensilinjan hoitona kuin vakavissa päivystyksellisissä tilanteissa (esim. ratsupaikkaoireyhtymä) tai sitä vaativissa selkäsairauksissa, joita ovat esimerkiksi spondylolisteesi ja vaikea spinaalitennoosi. Epäspesifeissä alaselkäsairauksissa hoitolinjaksi on muovautunut moniammatil-

linen kuntouttava hoito yhdistettynä tarvittaessa kipulääkehoitoon. Kognitiivis-behavioraalisen hoidon avulla potilas voi oppia käyttämään erilaisia kivun ja stressin sekä kuluttavien, tunteisiin vaikuttavien reaktioiden hallintakeinoja ja sosiaalityöjä. Potilas voi myös oppia paremmin ymmärtämään omia toimintatapojaan ja niiden syitä ja seurauksia. (New Zealand Guidelines Group, hakupäivä 15.2.2013.)

Kroonista selkävaikeuksista kärsivien moniammatillinen kuntoutus ja fysioterapia voidaan toteuttaa sekä yksilökäynneillä että erilaisissa ryhmissä. Ryhmämuotoiseen toimintaan on helpompi päästä ja ne ovatkin yleistyneet laajasti. Ryhmämuotoisen toiminnan kehittämiseen osallistuneet työntekijät ovat toivoneet saavansa uusia työkaluja (Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW ym. 2005).

Selkäkipuisen henkilön kuntoutuksen alussa pyritään aina selvittämään kuntoutujan toimintakykyä laaja-alaisesti. Toimintakyvyn laajaan selvittämiseen ohjaa myös toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF (International Classification of Functioning Disability and Health). Suoritusten ja osallistumisen rajoitteiden kartoituksen voidaan edellyttää sisältävän kartoituksen myös kuntoutujan kuntoutusvalmiudesta ja –myönteisyydestä sekä motivaatiosta ja sitoutumisesta omaan kuntoutumiseen. (Cieza ym. 2004.)

3 MOTIVOINTI OSANA KUNTOUTUSTA

Kehittämistyön keskeiseksi taustateoriaksi valittiin muutosvaihemalli, johon kiinnittyy sekä kuntoutujan kuntoutumisvalmius että osallisuus. Tässä kehittämistyössä keskeisenä tarkastelun kohteena on fysioterapeutin ja lääkärin toiminta kuntoutujan motivoinnissa tekemään muutos. Dialogiset työmenetelmät on havaittu tehokkaiksi muutoksen tukemisessa. Tässä kehittämistyössä valittiin motivoiva haastattelu dialogiseksi menetelmäksi, jota hyödynnetään kuntoutujan muutoksen tukemisessa.

3.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Kuntoutujan muutokseen tähtäävän toiminnan teoreettiseksi lähtökohdaksi valittiin tässä kehittämistyössä transteoreettinen muutosvaihemalli (Prochaska 1979; Prochaska & DiClemente 1992). Transteoreettinen muutosvaihemalli on James Prochaskan ja Carlo DiClementen kehittämä malli (Transtheoretical Model of Change, TTM). Malli kuvaa käyttäytymisen muutosta erilaisten muutosvaiheiden kautta. Mallissa hyödynnetään kognitiivisia ja behavioraalisia kokemuksia ja tunteita, joiden avulla pyritään tunnistamaan muutoksen tarve ja seurataan muutoksen edistymistä. Transteoreettisessa muutosvaihemallissa muutosta ja sen mahdollisuutta työstettäessä käydään läpi syklisiä vaiheita. Muutosvaatimukset peilautuvat sekä ympäristön että ihmisen sisäisen prosessin kautta. Transteoreettisen muutosvaihemallin vaiheita ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu / päätöksenteko, toiminta, ylläpito ja päätösvaihe. (Prochaska ym 1994; 1992.) Usein malliin lisätään myös retkahdus- tai repsahdusvaihe. Muutosvaihemallin avulla sekä kuntoutuja että työntekijä voivat tarkastella missä vaiheessa kuntoutuja on omassa kuntoutumisprosessissaan ja millaista tukea hän tarvitsee.

Esiharkintavaiheessa oleva kuntoutuja ei tiedosta, että hänen käyttäytymisensä on ongelmallista. Näin hän ei myöskään koe muutosta tarpeelliseksi. Kuntoutuja ei koe tarvitsevänsä neuvoa tai tukea ja asettuu helposti puolustuskannalle, jos häntä painostaa muutokseen. Työntekijän tehtävänä on herättää kuntoutujan tietoisuus terveysriskeistä, koska muutosprosessin käynnistyminen edellyttää kuntoutujan tietoisuuden lisäämistä. (Prochaska ym. 1994 a.) Kuntoutuja tarvitsee tällöin neutraalisti esitettyä tietoa. Tiedon antaminen edellyttää sitä, että kuntoutuja itse haluaa lisää tietoa. Esiharkintavaiheessa työntekijän tavoitteena ei ole pyrkiä vaikuttamaan kuntoutujan ongelmaan, vaan herätellä häntä arvioimaan ja tunnistamaan omia epäterveellisiä elämäntapojaan. (Poskiparta 2002, 26.) Työntekijä voi käyttää harkiten erilaisia motivoivan keskustelun menetelmiä auttaakseen kuntoutujan seuraavaan muutosvaiheeseen, harkintavaiheeseen.

Harkintavaiheessa oleva kuntoutuja tiedostaa, että hänellä on elämäntavoissaan ongelma, joka pitäisi muuttaa. Tällöin kuntoutuja hakeutuu työntekijän luo hakemaan vahvistusta muutosajatukselleen. Hän suunnittelee muuttavansa elämäntapaansa lähitulevaisuudessa, mutta ei ole varsinaisesti sitoutunut muutoksen tekemiseen eikä ole tehnyt konkreettista suunnitelmaa sen toteuttamiseksi. (Prochaska ym. 1994 a; Prochaska ym.

1992, 61.) Kuntoutuja saattaa jäädä elämäntapamuutoksessaan harkintavaiheeseen. Niinpä työntekijän tehtävänä on antaa hänelle neutraalia tietoa ja auttaa näin ratkaisemaan ristiriidat muutoksen hyvien ja huonojen puolien välillä. Tarkoituksena on, että kuntoutuja itse oivaltaa elämäntapamuutoksen tärkeyden. (Poskiparta 2002, 26-27; Prochaska ym. 1994 a.)

Päätöksentekovaiheessa oleva kuntoutuja kokee elämäntapamuutoksen tarpeelliseksi ja päättää, että jotain on tehtävä. Kuntoutuja voi olla epätietoinen siitä, mitä tehdä ja miten toimia. Hänellä voi olla takana muutaman vuoden sisällä epäonnistuneita muutosyrityksiä. (Prochaska ym. 1994 a; Prochaska 1992, 61.) Muutosyrityksistä on saattanut jäädä syyllisyyden tunteita, mutta tunnistamalla ja hyväksymällä nämä tunteet kuntoutuja pystyy etsimään keinoja muuttaakseen elämäntapojaan (Poskiparta 2002, 27). Kuntoutuja tarvitsee työntekijän apua löytääkseen realistisen elämäntapamuutosstrategian. Kuntoutuja kaipaa tietoa, vaihtoehtoja ja keinoja elämäntapamuutoksesta. Lopullisen ratkaisun muutoksen aloittamisesta tekee kuntoutuja itse. (Prochaska ym. 1994 a.) Työntekijä ei voi päättää elämäntapamuutoksen aloittamisesta kuntoutujan puolesta vaan neuvojan tehtävänä on tukea häntä. Päätöksentekovaiheessa kuntoutuja liittyy mielellään mukaan erilaisiin ohjausryhmiin ja hoito-ohjelmiin. (Poskiparta 2002, 27.)

Toimintavaiheessa kuntoutuja muuttaa käyttäytymistään muuttaakseen elintapojaan, joten toimintavaihe sisältää muutoksen tekemisen (Prochaska ym. 1994 a). Tällöin elintapamuutoksen tavoitteet on oltava selvästi määriteltynä kuntoutujalla, jotta muutos on mahdollinen (Poskiparta 2002, 27).

Ylläpitovaiheessa kuntoutuja on tehnyt elämäntapamuutoksen ja ylläpitänyt muutosta jonkin aikaa. Kuntoutuja tekee kuitenkin yhä työtä ylläpitääkseen muutostaan. Kuntoutuja on lähes varma siitä, että hän pystyy ylläpitämään uutta elämäntapaansa. Kuitenkin hän tarvitsee edelleen työntekijältä tukea repсахdusten ehkäisemiseksi. Näin työntekijän tehtävänä on seurata ja tukea kuntoutujan muutosprosessia (Prochaska ym. 1994 a; Poskiparta 2002, 28).

Repsahdus on osa muutosvaihemallia ja elämäntapamuutosta. Repсахduksen sijaan voidaan puhua myös väliaikaisesta palaamisesta aikaisempiin toimintatapoihin. Muutosprosessi ei siis aina etene suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, vaan kuntoutuja saattaa pa-

lata aikaisempaan vaiheeseen eli repsahtaa tavoitteestaan. Työntekijän tehtävänä on tukea asiakasta käynnistämään muutosprosessi uudelleen. Työntekijän on muistettava, että kuntoutujan elämäntapamuutoksen omaksuminen vie aikaa, eivätkä vaikutukset välttämättä ilmene heti. Muutosvaihemalli korostaa pitkäaikaista, yksilöllistä ja kuntoutujan tarpeet huomioivaa neuvontaa. Elämäntapamuutoksen pysyvyyden turvaamiseksi kuntoutujan on ennakoitava mahdolliset hankaluudet ja varauduttava niihin. Muutos voi pysähtyä tai kääntyä takaisin entiseen elämäntapaan, jos kuntoutuja yrittää liian suurta tai useita muutoksia yhtä aikaa. (Prochaska ym. 1994 a.)

Muutokseen pyrkivä kuntoutuja tarvitsee tukea joko omaiselta, ystävältä, vertaisryhmältä tai työntekijältä. Neuvonnassa on kuitenkin huomioitava, että elinympäristöllä voi olla myös mahdollinen negatiivinen vaikutus muutokseen. Välitavoitteiden kautta työntekijä voi ohjata kuntoutujaa lopulliseen muutokseen, koska välitavoitteiden saavuttaminen tuo onnistumisen tuntemuksia ja motivoi häntä jatkamaan elämäntapamuutostaan. (Poskiparta 2002, 27-28.)

3.2 Kuntoutumisvalmius

Tässä kehittämistyössä tarkastellaan pitkittyneiden TULE -ongelmien vuoksi vastaanotolle tulevien asiakkaiden kuntoutumisvalmiutta. Kuntoutumisvalmius liittyy ihmisen mielenkiintoon omasta kuntoutumisesta. Kuntoutumisvalmius ei tarkoita vielä kykyä saavuttaa omia tavoitteita tai päämääriä vaan siinä on kyse enemmän tarpeesta sekä halusta laatia omaan elämään liittyviä tavoitteita ja sitoutua niihin. (Anthony ym. 2002, 133; Farkas ym. 2000, 23-25; Cohen ym. 1997, 644; Koskisuus 2002, 148.)

Kuntoutumisvalmiuden käsitettä on kehitetty Bostonin yliopiston alaisessa Psykiatrisen kuntoutuksen keskuksessa (Center for Psychiatric Rehabilitation). Kuntoutumisvalmius sisältää Bostonin yliopiston tutkijoiden mukaan viisi osa-aluetta, joita ovat tarve muutokseen, sitoutuminen muutokseen, tietoisuus ympäristöstä, tietoisuus itsestä ja yhteisyyssuhteet. (Anthony ym. 2002, 133; Farkas ym. 2000, 23-25; Cohen ym. 1997, 644; Koskisuus 2002, 148.) Tässä kehittämistutkimuksessa on hyödynnetty kuntoutumisvalmiuskäsitettä kehittäessä uusia työmenetelmiä lääkärin ja fysioterapeutin työhön.

Tarve muutokseen voi olla joko sisäistä tai ulkoista. Sisäinen muutostarve syntyy tyytymättömyydestä nykyiseen elämäntilanteeseen. Se voi liittyä päivittäiseen elämään, oppimiseen ja kehittymisen mahdollisuuksiin, työtilanteeseen tai sosiaaliseen ympäristöön. Ulkoisia muutostarpeita voi taas synnyttää läheiset tai viranomaiset, jotka vaikuttavat kuntoutujan elämään. Muutospaineita voi luoda myös organisaatioiden ja instituutioiden muutokset, jotka ovat syntyneet säännösten ja poliitikkojen tekemien muutosten seurauksena. (Peltomaa 2005, 23.)

Muutostarve ei vielä tarkoita muutokseen sitoutumista. Sitoutuminen tarkoittaa sitä, miten kovasti kuntoutuja haluaa muutosta. Sitoutuminen on sitä vahvempaa mitä enemmän kuntoutuja uskoo muutoksen mahdollisuuteen ja siihen, että omalla toiminnalla on merkitystä. Lisäksi sitoutumiseen vaikuttavat aikaisemmat kokemukset muutosyrityksistä, luottamus siihen, että kykenee hallitsemaan muutosta sekä käsitys saatavilla olevasta tuesta. (Peltomaa 2005, 23-24.)

Tietoisuus ympäristöstä tarkoittaa ihmisen tietoisuutta ympäristönsä mahdollisuuksista ja rajoituksista sekä tietoisuutta aiemmasta elinympäristöstä. Kokemukset erilaisissa ympäristöissä toimimisesta värittävät ihmisen käsityksiä mahdollisuuksistaan. Ympäristöllä tarkoitetaan elinympäristöä, opiskelu- ja työympäristöä sekä erilaisia sosiaalisen toiminnan ympäristöjä. On tärkeää, että kuntoutujat tietävät millaisia mahdollisuuksia on olemassa. Tärkeää on myös pohtia millaisissa rooleissa kuntoutuja haluaa tulevaisuudessa toimia: esimerkiksi työntekijänä, opiskelijana, järjestöaktiivina, kuntoutuskodin asukkaana tai vertaistukijana. (Farkas ym. 2000, 44-45.)

Tietoisuus itsestä sisältää tietoisuuden siitä mistä pitää, mikä kiinnostaa, millaisena ihmisenä pitää itseään, mitä pitää tärkeänä ja mitä tulevaisuudelta haluaa. Kuntoutujan on tärkeää olla tietoinen arvoistaan, mielenkiinnostaan, tavoitteistaan, voimavaroistaan ja puutteistaan, jotta kuntoutumisen prosessi pääsee käyntiin. Tällöin on helpompi asettaa kuntoutumiselle tavoitteita. Sairastumisen myötä maailmankuva ja arvot saattavat muuttua. Tämä näkyy tyypillisimmin suhteessa palkkatyöhön, sillä työn merkitys ihmisen statuksen, vapaa-ajan, identiteetin ja sosiaalisten suhteiden määrittäjänä on keskeinen. Se millaisissa rooleissa kuntoutuja haluaa tulevaisuudessa toimia, liittyy sekä tietoisuuteen itsestä että ympäristöstä. (Farkas ym. 2000, 43.)

Yhteisyyssuhteilla tarkoitetaan sitä, kuinka halukas kuntoutuja on liittymään toisiin ihmisiin ja millä tavalla hän haluaa olla toisten kanssa. Yhteisyys on ihmisen halua muodostaa henkilökohtaisia suhteita. Kuntoutujan tyytyväisyys yhteistyösuhteeseen kuntoutustyöntekijän kanssa on yhteydessä kuntoutuksen edistymiseen. Kuntoutusprosessissa on tyypillistä eri vaiheet, jolloin kuntoutuminen tuntuu pysähtyneen tai jopa taantuneen. Erityisesti näissä vaiheissa tuki, kannustus, rohkaisu ja tieto eri vaihtoehtoista on tarpeen. Yhteisyyssuhteiden osalta tulee huomioida, että vuorovaikutustilanteessa on kaksi osapuolta ja molemmat vaikuttavat tilanteeseen. (Farkas ym. 2000, 40-42.)

Kuntoutumisvalmiudessa on kyse asenteista ja käsityksistä, ei niinkään kapasiteetista. Aktiivinen osallistuminen edellyttää mielenkiintoa prosessiin sekä käsitystä kuntoutuksen hyödyllisyydestä. Kuntoutumisvalmius ei tarkoita valmiutta sitoutua muutokseen kaikilla elämän osa-alueilla, vaan ihminen voi olla halukas muuttamaan esimerkiksi elinympäristöään, mutta hänellä ei ole halukkuutta muutokseen työtilanteessaan. (Peltonen 2005, 26.)

3.3 Kuntoutujan osallisuus

Kuntoutumisen prosessissa tähdätään siihen, että kuntoutuja saavuttaa hänelle itselleen tärkeät tavoitteet. Samalla se usein tarkoittaa kuntoutujalle uudenlaista elämäntapaa, muutosta omissa asenteissa ja uskomuksissa, sekä omien käyttäytymismallien muuttamista. Kuntoutumisprosessi on usein monivaiheinen ja siihen sisältyy ylä- ja alamäkiä. Prosessin eteneminen edellyttää kuntoutujan sitoutumista kuntoutumisprosessiin. (mm. Koukkari 2010; Järvilehto & Kiiski 2009.)

Kuntoutuksen uudessa paradigmassa kuntoutujaa lähestytään suhteessa hänen omaan toimintaympäristöönsä. Kuntoutustarpeen synnyttävät tekijät perustuvat yksilön ja hänen luonnollisen, rakennetun, sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristönsä vuorovaikutukseen. Sekä kuntoutujan yksilölliset että hänen toimintaympäristönsä ominaisuudet voivat joko antaa voimavaroja tai kuluttaa niitä, joko syrjäyttää tai osallistaa. Kuntoutustoiminta siirtyy pois yksilöstä kun kuntoutustarpeen syntyminen ymmärretään yksilön ja ympäristön väliseksi. Kuntoutuksen uudessa paradigmassa ei ole kyse pelkästään yksilön vajavuuksien arvioinnista ja niiden kompensoinnista, vaan kuntoutujan voimava-

roja tukevien olosuhteiden luomisesta. Kuntoutujan rooli tilanteen arvioinnissa ja suunnitelmien tekemisessä on tärkeä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 50-52.)

Kosciulec (1999, 2007) puhuu kuntoutuksen käyttäjäohjautuvuudesta jolloin kuntoutuja osallistuu eri tavoin suunnitelmien tekemiseen, tulosten arvioimiseen ja kuntoutustoiminnan ongelmakohtien osoittamiseen. Kuntoutujalla on oikeus tietää omista asioistaan ja olla mukana päättämässä niistä. Hän on oman kuntoutuksensa aktiivinen subjekti ja kuntoutustyöntekijöiden tehtävä on antaa hänelle tarvittava tieto ja tuki. Uusi kuntoutusparadigma korostaa asiakaslähtöistä, asiakkaan aktiivisuutta ja osallistumista tukevaa toimintatapaa, jossa auttamis- ja tukitoimet tuodaan lähelle kuntoutujan arkielämää, työprosessia ja elinympäristöä. Mielekäs arkipäivän toiminta ja sosiaalinen tuki ovat kuntoutuksen perusta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 50-52.)

Järvikosken ja Härkäpään (2011, 189) mukaan kuntoutuja hahmottuu kuntoutujalähtöisessä mallissa tavoitteellisena, omia pyrkimyksiään ja tarkoitusperiään sekä elämänprojektejaan toteuttavana toimijana. Kuntoutuja pyrkii ymmärtämään, tulkitsemaan, suunnittelemaan ja hallitsemaan omaa elämäänsä ja sen arvoperustaa. Heidän tulkinnassaan kuntoutuksen tehtäväksi jää kuntoutujan auttaminen omien pyrkimystensä ja elämänprojektiensa arvioinnissa. Kuntoutuksen avulla etsitään tarvittavia keinoja tavoitteiden saavuttamiseen ja niiden muokkaamiseen.

Kuntoutusinstituution asiakkaasta puhutaan kuntoutujana, joka on osallistuja ja hänen toimintansa on osallistumista (Hietala-Paalasmaa & Vuorela 2004; Saikku & Karjalainen 2007; Rajavaara 2008b).

Kuntoutujan osallisuuden kehittymistä on tutkittu selvittämällä kuntoutujan osallistumista asiakirjakäsittelyyn, mukana olemista kokouksissa informantin roolissa, osallistumista kokouksiin ja suunnitelmien laadintaan sekä osallistumista institutionaaliseen vuorovaikutukseen kumppanin roolissa. Tutkimuksen perusteella kuntoutujat pääsevät osallistumaan entistä enemmän, mutta he kohdistavat edelleen kovaa kritiikkiä kohtamiseen ja vuorovaikutukseen. (Saikku & Karjalainen 2007, 18–21.) Asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien todetaan kehittyneen, mutta ei toivotulla tavalla (Mattila-Aalto 2010, 34). Kuntoutujan aikaisempaa aktiivisen aseman mahdollistamista onkin esitetty

yhdeksi kuntoutuksen kehittämiskohteeksi (mm. Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 294-295).

Kuntoutujan osallisuuden kehittymiseen on pyritty vaikuttamaan lainsäädännöllä jo pitkään, muun muassa vuonna 2003 uudistetulla kuntoutusyhteistyötä koskevalla lailla. Lakimuutoksella tavoiteltiin kuntoutusasiakkaan entistä parempaa osallistumista asioidensa käsittelyyn. (Saikku & Karjalainen 2007, 18.)

Osallisuus esitetään usein syrjäytymisen, osattomuuden ja ulkopuolisuuden vastakohtana. Osattomuuden synonyymina käytetään termiä ”osallistumattomuus”. Puhutaan myös ei-osallisuudesta, joka määritellään työttömien ja syrjäytyneiden ihmisten ulkopuolisuudeksi ja vaille jäämiseksi osallisuuden kokemuksesta. (Mattila-Aalto 2010, 21.)

Osallisuus määritellään sosiaalityön tutkimuksessa tavoitelluksi päämääräksi. Sen rakentumista tarkastellaan asiakkaan osallistumisena, osallistumattomuutena ja ammattilaisten taholta tulevana ”osallistuttamisena”. Moderneissa sosiaalityön teorioissa painotetaan työkehystä, jossa asiakasta tuetaan auttamaan itseään häntä vahvistaviin sosiaaliin verkostoihin osallistuvan asiantuntija-avun turvin. Asiakkaan valtaa korostetaan erityisesti empowerment -puheessa, jossa ammatillisen asiantuntijan ajatellaan vahvistavan asiakkaan edellytyksiä yhteistyöhön osallistumiseen. Keskusteluun mukaan pääsemistä tai siitä ulos joutumisista riippuen kansalainen on joko osallinen tai osaton. Osattomuudesta puhutaan myös itse valittuna vaihtoehtona, jos yksilö ei halua osallistua tarkastelun kohteeksi valittuun suhteeseen tai toimintaan. (Mattila-Aalto 2010, 24-25.)

Tässä kehittämistyössä keskiössä on kuntoutujan osallisuuden vahvistuminen. Osallisuuden perustana tulee olla asiakkaiden ja työntekijöiden halu kuunnella, kommunikoida sekä neuvotella toistensa kanssa. Työntekijöiden avoin ja selkeä kommunikointi edesauttaa asiakkaiden osallisuutta. (Laitila 2010, 21.) Kehittämistyöhön liittyvässä tutkimusosassa selvitettiin millaisista tekijöistä kuntoutujan kuntoutumisvalmius muotoutuu. Lisäksi selvitettiin myös kuntoutujan kuntoutus-myönteisyyttä ja -motivaatiota sekä miten ammattihenkilöt toiminnallaan vaikuttavat näiden kehittymiseen. Trumanin ja Rainen (2002) mukaan tarvitaan erilaisia joustavia osallistumisen muotoja sekä tukirakenteita jotta kuntoutujat voisivat osallistua ja kokea osallisuutta. Nämä mahdollistavat kuntoutujan yksilöllisten voimavarojen löytämisen ja kehittämisen. (Laitila 2010, 23.)

Tässä kehittämistyössä kuntoutuja nähdään oman elämänsä asiantuntijana ja aktiivisena osallistujana. Kuntoutuja on suunnittelija, valitsija ja päätöksentekijä omassa kuntoutumisprosessissaan ja sen kehittämisessä. Kuntoutustyöntekijä ei ole vain passiivinen kumppani, vaan yhteistyökumppani joka antaa uutta tietoa ja vaihtoehtoja yhteiseen käsitteelyyn. Kaiken toiminnan tulee perustua asiakaslähtöisyyteen ja siinä pyritään tasarvoiseen vuorovaikutussuhteeseen asiakkaan ja työntekijän välillä. Kummankin panos on merkityksellinen tulosten saavuttamiseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 160-161.)

3.3.1 Osallisuuden ulottuvuudet

Osallisuutta tulee tarkastella kolmesta näkökulmasta: yksilöllisestä, yhteiskunnallisesta ja palvelujärjestelmän näkökulmasta (Laitila 2010, 8).

Useiden osallistumista, osallistamista ja osallisuutta koskevien esitysten pohjana on Arnsteinin vuonna 1969 kehittämä 8-luokkainen osallistumisasteikko, jota kuvataan osallistumisen tikkaina tai tasoina (Flöjt, 2012, hakupäivä 3.1.2013). Arnsteinin tikkaat, eivät kuitenkaan kuvaa osallistumisen luonteen mahdollisia vaihteluita. Tässä kehittämistyössä osallisuutta määritellään Thomasin, Hartin ja Shierin osallisuuden mallien avulla. Osallisuutta kuvastavat mallit ovat usein rakennettu lasten/nuorten osallisuutta ja osallistumisen tasoja kuvaamaan, mutta ne soveltuvat joiltain osin kuvaamaan kuntoutujan ja työntekijän välisiä suhteita.

Thomas (2002, 174) katsoo, että osallisuuden näkeminen Arnsteinin porrasmallin mukaisesti yksiulotteisena ominaisuutena ei ole realistinen. Hänen mukaan osallisuudessa on ulottuvuuksia, joiden väliset suhteet vaikuttavat kuntoutujan kokemukseen osallistumisesta ja osallisuudesta. Tämä Nigel Thomasin (2002) osallisuutta koskeva malli näkee osallisuuden Arnsteinin mallia moniulotteisempänä ilmiönä. Thomasin (2002, 175 – 177) esittämät osallistumisen ulottuvuudet ovat:

1. Mahdollisuus valita
2. Mahdollisuus saada tietoa
3. Mahdollisuus vaikuttaa prosessiin
4. Mahdollisuus ilmaista itseään
5. Mahdollisuus saada apua ja tukea itsensä ilmaisemiseen

6. Mahdollisuus itsenäisiin päätöksiin

Ensimmäinen ulottuvuus pitää sisällään sen, millaiset mahdollisuudet kuntoutujalla on valita osallistuuko hän tiettyyn toimintaan vai jättääkö osallistumatta. Mahdollisuus saada tietoa ulottuvuus kohdentaa tarkastelun kohteeksi sen millainen mahdollisuus kuntoutujalla on saada tietoa osallistumiseen ja osallistumattomuuteen liittyvistä seikoista. Kolmannessa vaiheessa tarkastellaan prosessin päätöksenteosta: millaisia mahdollisuuksia kuntoutujalla on vaikuttaa siihen, mitä päätöksiä tehdään ja kuka niitä tekee. Neljäs ulottuvuus kuvaa kuntoutujan mahdollisuutta ilmaista itseään ja tuoda esiin omia mielipiteitään. Viides ulottuvuus sisältää kuntoutujan mahdollisuuden saada apua ja tukea itsensä ilmaisemiseen. Kuntoutujan mahdollisuus itsenäisiin päätöksiin on Thomasin mukaan kuudes eli ylin ulottuvuus. (Thomas 2002, 175 – 177.)

Hartin osallisuuden tikapuut ovat perinteisin osallisuuden malli. Se on sovellus Arnsteinin mallista. Mallin keskeinen tehtävä on kuvata mikä ei ole osallisuutta. Mallissa kuvataan aloitteenteon ja yhteistyön tasoja lasten toimiessa aikuisten kanssa. Mallissa on kahdeksan porrasta (manipulation, decoration, tokenism, assigned but informed, consulted and informed, adult initiated, shared decisions with children, child-initiated and child-directed ja child-initiated, shared decisions with adults). (Shier 2001, 107-108.)

Shier (2001, 2006) tarkastelee osallisuutta osallisuuden eri portaiden lisäksi valmiuksien, mahdollisuuksien ja velvoitteiden kautta (taulukko 2.). Kuntoutujan osallisuuden mahdollistamista tarkasteltaessa mallissa ensimmäisellä tasolla toteutuu kuntoutujan kuuntelu. Toisella tasolla kuntoutujan osallisuutta lisätään tukemalla kuntoutujaa hänen omien mielipiteidensä ilmaisemisessa. Kolmannella tasolla kuntoutujan omat näkemykset otetaan huomioon. Neljännellä tasolla kuntoutuja otetaan mukaan häntä koskevaan päätöksentekoon ja viimeisellä tasolla ammattihenkilöt jakavat valan ja vastuun kuntoutujan kanssa.

Shierin mallissa ammattihenkilön rooli nähdään keskeisenä tekijänä osallisuuden mahdollistamisessa. Malli antaa konkreettisia välineitä työntekijälle osallisuuden tarkastelun toteutumiseen. Malli kuvataan muiden mallien mukaisesti viisiportaisesti, jossa alimmalla portaalla on vähäisin osallisuuden aste ja ylimmällä korkein. Jokaisella portaalla on mahdollisuus arvioida minkälaiset valmiudet työntekijällä on suhteessa kun-

toutujan osallisuuden toteutumiseen, miten organisaatio antaa työntekijälle mahdollisuuksia osallisuuden toteutumiseen esim. resurssien, organisaation, tilan ja välineiden osalta. Lisäksi malli ohjaa tarkastelemaan kuntoutujan osallisuutta velvoittavien rakenteiden kautta esim. lainsäädännön, toimintaohjeiden ja käytäntöjen velvoitteita. (Shier (2001, 108-109.)

TAULUKKO 2: Shierin malli osallisuudesta (Bardy 2009, 120).

VALMIUDET	MAHDOLLISUUDET	VELVOITTEET
Onko työntekijöillä tarvittavat valmiudet?	Onko tämä mahdollista (resurssit, organisaatio, tilat, välineet jne.)?	Onko rakenteita jotka velvoittavat tähän (esim. lainsäädäntö, toimintaohjeet, vakiintuneet käytännöt)?

Porrasmallien ongelmana on se, että kuntoutuja ei etene kuntoutumisprosessissaan koskaan yksiselitteisesti portaalta toiselle. Työntekijän tulee huomioida kuntoutujan yksilöllinen tilanne ja omata taidot tukea kuntoutujaa osallisuuden valmiuksien lisäämisessä niin, että hänellä on valmiudet siirtyä portaalta toiselle.

Tässä kehittämistyössä käytämme Hartin mallia, jotta voidaan ensin ymmärtää mikä ei ole osallisuutta, ja sen jälkeen minkälaiset asiat vahvistavat ja heikentävät osallisuutta. (Hart 1997, 40-41.) Hartin mallia voidaan kritisoida siitä, että siinä ei oteta huomioon omien kokemusten merkitystä, vaan oletuksena on osallisuuden lisääntyminen automaattisesti vallan ja vaikutusmahdollisuuksien lisääntyessä (Bardy 2009, 119). Raportin tulososiossa esitellään kehittämistyön tuloksena syntyneitä uudenlaista osallisuuden kuvaamisen porrasmallia kuntoutujan osallisuuden vahvistumiseksi kuntoutusprosessissa Hartin mallin pohjalta täydentyneenä.

3.4 Motivoivat työmenetelmät

Dialogisuudella asiakastyössä tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen ja taitoa edesauttaa vuorovaikutuksen kulkua siihen suuntaan. Dialogisuuden keskeinen elementti on vastavuoroisuus. Siinä molemmat osapuolet pääsevät luomaan

vuorovaikutustilannetta ja vaikuttavat sen kulkuun. Asiakastyössä tämä nähdään molemminpuolisen ymmärryksen rakentamisena, jossa mennään molempien ehdoilla. (Mönkkönen 2007, 86-87.) Tässä kehittämistyössä dialogisuus näyttäytyy kahdella tasolla; interventiot toteutettiin dialogisten periaatteiden mukaisesti ja uudet työvälineet sekä menetelmät, joita yhdessä asiakastyöhön kehitettiin, ovat dialogisia.

Ala-Kauhaluoman (2000) mukaan asiakaslähtöisyys voi syntyä vain työntekijän ja kuntoutujan vuorovaikutuksessa ja dialogissa, jossa kuntoutujan oma näkemys huomioidaan. Asiakaslähtöisyys ei siis ole asiakaskeskeisyyttä tai –johtoisuutta, jossa asiakas yksin määrittelee palvelut tai niiden sisällöt, vaan dialoginen yhteiselle neuvottelulle pohjautuva vuorovaikutussuhde. Asiakaslähtöisen kuntoutuksen keskeinen prosessi on työntekijän ja kuntoutujan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuva terapeutin sitoutuminen, jonka perustana on luottamuksen syntyminen (Laitila 2010, 25).

Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on syntynyt 1980-luvun alussa tutkija ja psykologi William Millerin ja Hjeljestad-klinikan nuorten terapeuttien käymien keskustelujen innoittamana. Nuoret terapeutit esittelivät pulmallisia asiakastapauksia Millerille ja hän pohti sekä ehdotti niihin vaihtoehtoisia ratkaisuja. Ratkaisujaan perustellessa Miller hahmotteli motivoivan haastattelun perusideoita. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 42.)

Ensisijaisena tavoitteena motivoivassa haastattelussa on ollut alusta saakka asiakkaan saaminen oman asiansa ajajaksi. Samaan aikaan työntekijän tulee välttää tyrkyttämästä muutoksen etuja tai välttämättömyyttä asiakkaalle. Millerin mukaan työntekijän taholta tuleva painostus pikemminkin herättää asiakkaassa vastustusta kuin halua tilanteen muuttamiseksi. Motivoivan haastattelun periaatteiden mukaan on olennaista saada ihminen itse pohtimaan omaa tilannettaan ja tekemään päätökset omalta arvopohjalta eikä painostuksen alla. Motivoiva haastattelu korostaakin sisäisen motivaation merkitystä ulkoisen, paineen ja pakon avulla saavutetun muutoksen sijaan. (Koski-Jännes ym. 2008, 43.)

Motivoiva haastattelu tarkoittaa haastattelutapaa, jossa pyritään eroon asiantuntija-asiakas-asetelmasta ja lisätään asiakkaan vastuuta matkalla haluttuun muutokseen. Mo-

tivoivassa haastattelussa on tärkeää kartoittaa asiakkaan omia tavoitteita, mielipiteitä ja muutosvalmiutta. Tämän seurauksena asiakas pääsee toteuttamaan itselleen tärkeitä ja mahdollisia tavoitteita, jolloin nähdään myös muutoksen tapahtuvan. (Laine 2011.)

Tutkimustiedon lisääntymisen myötä motivoivan haastattelun kehittäjät Miller ja Rollnick (2002) ovat alkaneet puhua enenevässä määrin motivoivan haastattelun hengestä kuin tekniikasta. Motivoivan haastattelun henki sisältää kolme ydinajatusta: yhteistyö, evokaatio eli esiinkutsuminen ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Yhteistyö työntekijän ja asiakkaan välillä edellyttää tasa-arvoisuutta ja vastavuoroisuutta. Sosiaalisen yhteyden tunnetta tuetaan osoittamalla asiakkaalle empatiaa, kunnioitusta ja kiinnostusta sekä välttämällä syyllistämistä. Työntekijä nähdään yhteistyökumppanina, jonka tehtävänä on pitää fokus käsiteltävässä asiassa. Yhteistyösuhdetta edistää työntekijän ystävällinen, arvostava ja aidosti kiinnostunut suhde asiakkaaseen. (Koski-Jännes ym. 2008, 45.)

Toinen keskeinen tekijä motivoivan haastattelun hengen omaksumisessa on evokaatio eli esiinkutsuminen. Tämä ajatus käsittää kompetenssin tukemisen auttamalla asiakasta kehittämään selkeitä ja realistisia tavoitteita ja odotuksia muutoksen seurauksista. (Laine 2011.) Evokaation perusajatus on näkemys siitä, että muutosvalmiuden edellytykset ovat ihmisessä itsessään. Niitä ei tarvitse etsiä ulkopuolelta vaan ne ikään kuin esiinkutsutaan asiakkaasta itsestään. Työntekijän tehtävänä on auttaa asiakasta näkemään ongelmakäyttäytymisen ja asiakkaan henkilökohtaisten arvojen välinen ristiriita ja sitä kautta suuntaaminen kohti muutosta mahdollistuu. Asiakas tuottaa esiinkutsun seurauksena itseä motivoivia lauseita, joista on myöhemmin alettu käyttämään termiä muutospuhe. (Koski-Jännes ym. 2008, 44-45.)

Kolmas ja samalla tärkein ydinajatus on asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Se sisältää myös positiivisen palautteen antamisen ja uskon vahvistamisen asiakkaan omiin kykyihin, joilla hän toteuttaa tarvittavan muutoksen. Asiakasta ei painosteta eikä pakoteta muutokseen tai johonkin mitä hän ei halua tehdä. Motivoiva haastattelu on pikemminkin tapa olla ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa, jonka avulla kutsutaan esiin luontaista muutosta. (Koski-Jännes ym. 2008, 46.)

Motivoivan haastattelun keskeiset periaatteet ovat empatian ilmaiseminen, ongelmakäyttäytymisen ja henkilökohtaisten arvojen välisen ristiriidan voimistaminen sekä suuntaaminen kohti muutosta, väittelyn välttäminen ja asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen. (Miller&Rollnick, 2002.) Empatiaa osoittamalla pyritään poistamaan asiakkaan vastustus ja luomaan luottamuksellinen suhde sekä saamaan asiakkaan hyväksyntä. Kehittämällä ristiriita ongelmakäytöksen ja tavoitteiden välille autetaan asiakasta näkemään nykyisen käytöksen mahdottomuuden tavoitteeseen pyrkiessä ilman muutosta. Vastarinnan myötäilyyn avulla voidaan ohittaa asiakkaan aggressio. (Laine 2011.)

Vuorovaikutuksen perustaitojen hallitseminen on avainasemassa motivoivan haastattelun henkeä toteuttaessa. Näitä ovat: vahvistaminen, avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu ja tiivistäminen eli VAHTI. Vahvistamisessa tuetaan asiakkaan itsetuntoa ja asiantuntemusta. Asiakkaan omia vahvuuksia tunnustetaan ja autetaan nimeämään niitä. Vahvistamisessa osoitetaan ymmärrystä asiakkaan toimintaa kohtaan ja tunnustetaan hänen tunteiden oikeutus. Työntekijän osoittamat eleet ja ilmeet ovat vahvistamisen keskeisiä, aidon kiinnostuksen osoittamisen välineitä. (Koski-Jännes ym. 2008, 50-51.)

Avoimet kysymykset antavat asiakkaalle tilaa ja aikaa kertoa omin sanoin ongelmistaan ja muutostoiveistaan (Laine 2011). Avoimiin kysymyksiin ei voi vastata kyllä tai ei vaan ne kutsuvat asiakasta kertomaan tarkemmin omasta tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Avointen kysymysten asettelussa on tärkeää myös, että haastattelija ei tiedä itse niihin vastauksia ennalta vaan on aidosti kiinnostunut saamastaan tiedosta. Avoimet kysymykset alkavat esimerkiksi kysymyksellä mitä?, millainen?, missä tilanteessa?, mikä? tai miten? (Koski-Jännes ym. 2008, 51.) Motivoivan haastattelun tekniikalla pyritään löytämään ja esittämään avainkysymys, jonka avulla saadaan selville missä vaiheessa muutosta asiakas on (Laine 2011).

Heijastavalla eli refleктоivalla kuuntelulla tarkoitetaan sitä, että työntekijä selvittää ja varmistaa, mitä asiakas tarkoittaa ja onko hän ymmärtänyt asiakkaan kertomaa oikein. Työntekijä toimii ikään kuin asiakkaan ajatusten ja tunteiden peilinä. Heijastavan kuuntelun avulla asiakas voi tunnistaa omia tunteitaan, toimintatapojaan ja ajatuksiaan. Se auttaa asiakasta myös määrittelemään omia tavoitteitaan ja tunnistamaan vahvuuksiaan sekä voimavarojaan. Heijastava kuuntelu antaa haastattelijalle mahdollisuuden näyttää, et-

tä on kiinnostunut asiakkaan asioista. Heijastavan kuuntelun ja avointen kysymysten käytöllä työntekijä suuntaa asiakkaan huomion asioihin, jotka voivat olla tämän ongelman ratkaisemisen kannalta merkityksellisiä. Tässä mielessä heijastava kuuntelu toimii myös ohjaavana menetelmänä. (Koski-Jännes ym. 2008, 52-53.) Tärkeää on asiakkaan tilanteen tietoinen normalisointi ja syyllisyyden poistaminen. Asiakkaalle tulee korostaa, että syyllisiä ei ole eikä niitä etsitä. (Laine 2011.)

Neljäs vuorovaikutuksen perustaito, jota motivoivan haastattelun hengen omaksumisessa tarvitaan on *tiivistäminen eli kuullun yhteenvetäminen*. Siinä kootaan yhteen niitä asioita, joita asiakas on kertonut ja samalla osoitetaan, että asiakasta kuullaan. Tiivistäminen mahdollistaa väärinymmärrysten korjaamisen ja huomion suuntaamisen muutoksen kannalta olennaisiin asioihin. Tiivistämisessä tärkeää on, että työntekijä ei tee tulintoja asiakkaan kertomasta. (Koski-Jännes ym. 2008, 53.)

Näiden neljän perustaidon lisäksi työntekijän tulee omata taito itseä motivoivien lauseiden, eli muutospuheen esiin kutsuminen. Muutospuheella tarkoitetaan asiakkaan omaa puhetta tämän hetkisen tilanteen haitoista ja muutoksen eduista. On tärkeää kartoittaa tilanteita, joissa asiakas on onnistunut toimimaan omien tavoitteiden suuntaisesti. Myös erilaiset numeraaliset asteikot toimivat hyvin, kun pohditaan muutoksen mahdollisuutta ja tärkeyttä asiakkaalle itselleen. (Koski-Jännes ym. 2008, 54.) Kannustamalla kyvykkyyttä ja muodostamalla itseä motivoivia lauseita asiakas huomaa pystyvänsä muutokseen. Nelikentän avulla asiakas saadaan pohtimaan mitä hyvää ja huonoa on nykyisessä tilanteessa ja toisaalta, mitä hyvää ja huonoa on asetetussa tavoitteessa. Näin valta ja vastuu muutoksesta jää asiakkaalle. (Laine 2011.) Muutosoptimismia on myös syytä tarkastella kysymällä aikaisemmista elämäntapamuutoksista ja kartoittamalla myös muutosaikomusta esimerkiksi kysymällä, mitä asiakas on juuri tällä hetkellä valmis ko-keilemaan.

Haastattelun vaiheet

Motivoiva haastattelu jaetaan kahteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa tavoitteena on ongelmaa koskevan ambivalenssin ratkaiseminen ja asiakkaan oman sisäisen motivaation vahvistaminen. Toisessa vaiheessa tavoitteena on muutokseen sitoutuminen ja muutossuunnitelman laatiminen. (Koski-Jännes ym. 2008, 56.)

TAULUKKO 3: Motivoivan haastattelun vaiheet ja menetelmät

Motivoivan haastattelun vaiheet	Motivoivan haastattelun menetelmät
Motivaation rakentaminen	<ul style="list-style-type: none">- vahvistaminen- avoimet kysymykset- heijastava kuuntelu- tiivistäminen- muutospuheen esiin kutsu
Muutokseen sitoutuminen ja muutos-suunnitelman laatiminen	<ul style="list-style-type: none">- yhteenveto ja kertaus- avainkysymykset- tiedon antaminen, neuvot kysyttäessä- suunnitelmien laatiminen

Motivoivassa haastattelussa on monia ansoja, joihin astuessaan haastattelija voi hetkessä menettää jo syntyneen luottamuksen asiakkaaseen. Suljettuja kysymyksiä esittämällä tulee vaikutelma, että haastattelija pitää lankoja käsissään. Samoin asiantuntijuuden korostaminen alistaa asiakasta ja pitää vastuun haastattelijalla. Leimaamisansalla tarkoitetaan tilannetta, jossa haastattelija leimaa tai syyllistää asiakasta. Tämä voi johtaa asiakkaan vastusteluun ja valtataisteluun. Ennenaikaisen tarkentamisen –ansassa haastattelija pyrkii liian nopeisiin johtopäätöksiin, jolloin asiakas saattaa perääntyä. Syyttelyansa johtaa usein ongelmakäytöksen lisääntymiseen. Vastakkainasetteluansassa haastattelija tekee tuomitsevan haastattelun avauksen, jolloin asiakas alkaa puolustautumaan ja kieltää ongelmansa, mikä on huonoin mahdollinen lähtökohta muutokseen pyrittäessä. (Laine 2011.)

4 TUTKIMUSAVUSTEINEN TOIMINTAKÄYTÄNNÖN KEHITTÄMINEN

Oulun Kuntoutuspalveluiden kehittämisen tarpeita kartoitettiin toisessa kuntoutuksen Erja Kaakkuriniemen ja Jaana Leinon opinnäytetyössä: "Yhteinen mieli, yhteinen kieli" Oulun kaupungin Kuntoutuspalveluiden toimintamallin kehittäminen. Uuden Oulun yhdistymissopimuksen mukaisesti kuntien sosiaali- ja terveyshuollon järjestämisvastuu ja koko henkilökunta siirtyi Oulun kaupungille vuoden 2012 alusta (Yhdistymissopimus 2010). Yhdistymisen strategisen kehittymisen tavoitteena oli ja on edelleenkin hyödyn-

tää kehittämispotentiaali, joka syntyi kuntarakenteen muutoksen tuomasta mahdollisuudesta kehittää ja uudistaa palvelurakennetta, -prosesseja ja yksittäisiä palveluja. (Yhdistymissopimus 2010, 6.) Yhdistymisen yhtenä tavoitteena on palveluprosessien uudistaminen kuntalais- ja asiakaslähtöisesti. Yhdistymissopimuksessa nostetaan vahvasti esille kuntalaisten mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa elinympäristöön ja palveluja koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Yhdistymissopimus 2010, 11.)

Yhdistyneiden kuntien perusterveydenhuollon palveluita toteutetaan lähipalveluina, alueellisina palveluina ja keskitettyinä palveluina. Kuntoutukseen liittyvät palvelut ovat alueellisesti tarjottavia palveluja. Aluepalveluita kuten myös keskitettyjä palveluja voidaan tuottaa tarve- ja tarkoituksenmukaisuusharkinnan pohjalta lähipalveluna joko paikalla tai sähköisenä palveluna. Palveluita kehitetään ja muutetaan strategian mukaisesti ennaltaehkäiseviä ja tarkoituksenmukaisia palveluita kohti. (Uuden Oulun palvelujen järjestämishjelma 2011, 30, hakupäivä 15.11.12.)

Yhdistyvien kuntien henkilöstöhallintoon on kiinnitetty erityistä huomiota, jotta tyytyväisen ja työssään viihtyvän henkilöstön avulla voidaan taata laadukkaat palvelut (Yhdistymissopimus 2010, 16). Uuden Oulun palvelujen järjestämishjelman (2011, 19-20) mukaan henkilöstön yhteistyötä ja työhyvinvointia pyritään edistämään hyvällä johtamisella, koulutuksella ja johdonmukaisella kehittämistyöllä. Johdon ja henkilöstön koulutuksessa painotetaan moniammatillisuutta sekä yhteistyössä tarvittavia tietoja ja taitoja kuten ammatillisuutta, joustavuutta, yhteistyökykyä, vuorovaikutustaitoja ja kuuntelemisen kykyä.

Kehittämisen haasteet

Erja Kaakkuriniemen ja Jaana Leinon opinnäytetyössä (2013) selvitettiin Oulun kuntoutuspalveluiden kehittämisen haasteita. Yhteisen toimintamallin kehittämisen haasteena ovat työntekijöiden vanhoista työkäytänteistä ja -malleista kiinnipitäminen. Mäkitalon (2008, 13) mukaan ensimmäisen edellytyksen työkäytäntöjen ja toimintamallien kehittämisessä on, että ammattihenkilöt pystyvät näkemään, millainen heidän nykyinen toimintatapansa on. Ammattihenkilöiden on havaittava, että heidän toiminnalleen on olemassa toimintakonsepti ja että sille voisi olla myös vaihtoehtoja. Uusia toimintatapoja ei osata hakea, jos uskotaan ainoastaan vanhaan toimintatapaan. Mäkitalo toteaa työ-

käytäntöjen ja -mallien kehittämisen edellytyksiksi toimintatavan muutoksen tarpeellisuuden sekä toimintatavan muutokseen liittyvän osaamisen. Kehittämisaamisen puute voi olla suurin este muutokselle. (Mäkitalo 2008, 13-14.)

Yhteiskunnalliset ja poliittiset muutokset sekä yhteiskunnallisten arvojen uudelleen määrittely ovat olleet käynnistämässä Kuntoutuspalveluiden kehittämistyötä. Kehittämistyössä mukana olevien asiantuntijoiden näkökulmasta katsottuna, muutostarve on toisten määrittämää ja sen vuoksi se voidaan kokea ulkoiseksi ja rajuksi. Muutos asettaa omat haasteensa työntekijöille, työyhteisölle ja esimiehille. (Työhyvinvointi muutoksessa 2007, 4, 7.)

Kuntoutuksen kehittämisen suurena haasteena on kuntoutujan yksilöllisen kuntoutusprosessin toimivuus ja tuloksellisuus. Tämä vaatii muun muassa kuntoutujan kuntoutuksen suunnitteluun liittyvien toimijoiden yhteistyötä sekä lakimuutoksia vajaakuntoisten ammatillisen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen suhteen. (Kuntoutuksen kehittämissuunnitelma 2015.) Tiimiorganisaatiosta voidaan puhua oppivana organisaationa, kun tiimeillä on kyky kehittää omaa toimintaa yhteistyössä muiden tiimien, asiakkaiden ja tarvittavien sidosryhmien kanssa. Jatkuva oman toiminnan, tuotteiden ja palvelujen kehittäminen on ympäristössä tapahtuvien muutosten vuoksi entistä tärkeämpää. Kehittämisen onnistumisessa avaintekijöitä ovat motivoiva ja selkeä toiminnan päämäärä, tiimien sitoutuneisuus, toimivat yhteistyösuhteet ja kehittämismenetelmien hallinta. (Alasoini 2011, 56-60.)

Kuntoutuspalveluiden kehittämistoimintaan osallistuvien työntekijöiden ja koko työyhteisön kehittäminen on muutosprosessi, jossa keskeisessä osassa on siihen osallistuvien sitoutuminen kehittämiseen. Muutosprosessiin sitoutumisen näkökulmasta on tärkeää että jokaiselle tulee kokemus kuulluksi tulemisesta ja vaikuttamisen mahdollisuudesta. Sitoutumisen aste voi ilmetä aaltoilevasti innostuksesta vastustamiseen. Sitoutumisella on suuri merkitys muutoksen onnistumiselle. (Tuomi 2005, 19-20.) Muutosvastarinta voi olla seurausta siitä että kritiikkiä ei ole kyetty käsittelemään organisaatiossa onnistuneesti. Puutteellinen tai väärä tieto sekä huoli ja pelko omasta tulevaisuudesta ovat muutosvastarinnan taustalla olevia tunteita, joita ohjaavat aikaisemmat kokemukset organisaatioiden muutoksista. (Murto 2009, 80-83.)

Kehittämisosaamisen puute voidaan nähdä esteenä muutokselle. Puutteen seurauksena muutos voi tuottaa työhyvinvoinnin ongelmia: henkisen kuormituksen lisääntymistä, kiirettä ja työn sujuvuuden ongelmia. (Mäkitalo 2008, 13-14.) Kehittämisen onnistumisessa keskeisiä tekijöitä ovat selkeä toiminnan päämäärä, työntekijöiden sitoutuneisuus, toimivat yhteistyösuhteet ja kehittämismenetelmien hallinta (Alasoini 2011, 56).

Ajan ja voimavarojen löytäminen tavoitteelliseen kehittämistyöhön on usein vaikea löytää. Kehittämistyössä tarvitaan dialogisen kehittämistyön lisäksi henkilöstösidonnaisia työtapoja ja menetelmiä. (Antila 2012, 41.) Kehittämishankkeiden haasteena on niiden liiallinen projektimaisuus (Virkkunen 2007, 18; Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 17), jonka vuoksi kehittämisen olisi hyvä olla osa ammatillista arkityötä. Näin päästään kehittämisen keinoin vaikuttamaan työntekijöiden jaksamiseen ja sitä kautta työhyvinvointiin. (Seppänen & Vataja 2009, 17; Alasoini 2011, 17.)

Toimintaympäristön muutosten luovat tarvetta jatkuvalla työn kehittämiselle. Kehittämisen arvioinnilla odotetaan olevan myös kehittäviä vaikutuksia ennen tulosten levittämistä. Arvioiva ajattelu yhdessä käytännön työn kanssa edellyttää avointa organisaatiokulttuuria. (Vataja 2009, 52, 53.) Työyhteisölähtöinen kehittäminen vahvistaa jatkuvaa ja kestäväää kehittämisen kulttuuria. Sillä tavoitellaan ensimmäisen asteen tuloksia, joita ovat muutokset perustehtävän toteuttamisessa. Toisen asteen muutokset ovat taas kulttuurillisia ja kehittämisjärjestelmässä tapahtuvia muutoksia, jotka ilmenevät työyhteisön kehittämisosaamisen ja oppimiskyvyn lisääntymisenä. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 15, 27; Alasoini 2011, 95-96.) Tässä kehittämistyössä huomioimme yllä mainitut uuden toimintakäytännön kehittämisen haasteet.

4.1 Kehittämisen ja tutkimuksen yhdistyminen kehittämistoiminnassa

Tämä kehittämistyö noudattaa toimintatutkimuksen peruseriaatteita. Tämän toimintatutkimuksen tehtävänä on muuttaa selkäkipuisten kuntoutujien kuntoutuspalveluiden todellisuutta sitä tutkimalla ja tutkia todellisuutta sitä muuttamalla. Kyseessä on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprosessi, jossa suunnitellaan ja kokeillaan fysioterapeuteille ja lääkärille uusia toimintatapoja. Toimintatutkimukselle on ominaista, että siinä tutkitaan ihmisten toimintaa ja tuotetaan tietoa käytäntöjen kehittämiseksi. Näin toiminnassa tavoitellaan käytännön hyötyä, käyttökelpoista tietoa. Tälle kehittämispro-

sessille on tyypillistä, että tutkimuksen tuottamat tulokset käytetään välittömästi hyväksi toiminnan kehittämässä ja kehittämistyön tuloksia tarkastellaan aina uudestaan tutkimuksen keinoin. Siten tutkimus ja sen tulosten reflektointi, kehittämistyö ja toiminnassa tapahtuva muutos seuraavat toimintatutkimuksessa toisiaan spiraalina tai kehänä. Toimintatutkimus on ollut prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta ovat lisääntyneet vähittäin. Kun tutkimuksessa perinteisesti kiinnitetään huomiota siihen, miten asiat ovat, keskityttiin tässä prosessissa siihen, miten asiat ovat olleet ja mihin suuntaan ne ovat menossa. (mm. Heikkinen, Roivio & Syrjälä 2007, 15-19, 36.)

Tässä kehittämistyössä käytetään osallistavaa toimintatutkimusta, jonka päämääränä on usein vapautuminen perinteisiin liittyvistä pakottavista ja itsestään selvinä pidetyistä ajatus- ja toimintamalleista. Osallistava toimintatutkimus ei etsi tosiseikkoja, vaan syvempää todellisuutta, jonka avulla pyritään saamaan aikaan muutoksia käytännössä. Totuudessa on kyse toimijoiden itse muodostamasta autenttisesta, luotettavasta ja aidosta totuudesta, jossa tieto nousee toimijoiden oman tekemisen reflektoinnista. Tulkintaa ei voida johtaa ulkopuolisista säännöistä, periaatteista tai teorioista. Carr ja Kemmis näkevät, että totuus ja toiminta ovat sosiaalisesti konstruoituja ja historiaan sidottuja. Heidän mukaansa omakohtainen tieto voidaan kehittää vuorovaikutuksessa prosessiin osallistuvien kanssa ja totuus voidaan aina saavuttaa kriittisessä vuoropuhelussa. (Carr & Kemmis 1986, 129, 156, 181–191.)

Toimintatutkimuksessa hyödynnetään etnografisen toimintatutkimuksen perusajatusta, jonka mukaan kehittämisprosessissa suunnittelu ja toiminta kiinnittyvät prosessin aikana havainnoinnin kautta tuotettuun tietoon. Havainnoimalla toimintaansa ja reflektoiden havaintojaan kehittämisprosessiin osallistujat tuottavat uutta tietoa, jota hyödynnetään prosessin seuraavien vaiheiden suunnittelussa. Prosessiin osallistujat oppivat koko ajan omasta toiminnastaan. (Tacchi ym. 2003.)

Tutkimusmenetelmää voidaan kuvata toimintatutkimukselle ominaisen kehän avulla, jossa suunnittelun, tekemisen, havainnoinnin ja reflektoinnin vaiheet seuraavat toisiaan. Etnografia tarjoaa tutkimus- ja kehittämistyölle keinoja päästä sisälle tutkittavaan yhteisöön, jotta voidaan oppia ymmärtämään sen sisällä olevia sosiaalisia suhteita ja merkitysjärjestelmiä. Toimintatutkimus tarjoaa välineitä yhteisön toimintaan perehtymiseen ja arviointiin, sekä toimintaan liittyvien kehitystarpeiden tunnistamiseen. Etnografinen

toimintatutkimus on aina luonteeltaan osallistavaa. Keskeisenä tavoitteena on, että kaikki prosessiin osallistujat oppivat toisiltaan tutkimusprosessin aikana. Toiminta perustuu ajatukseen, että osallistujien kokemukset ja toiminta tuottavat tutkimuksen kannalta yhtä arvokasta tietoa kuin niin kutsutut muodollisemmatkin tutkimusmenetelmät. Etnografisen toimintatutkimuksen tavoitteena ei ole vain tuottaa uutta tietoa, vaan myös luoda uusia toimintatapoja ja -malleja. (Tacchi ym. 2003.)

4.2 Toimintatutkimuksen tavoitteet ja tehtävä

Toimintatutkimuksessa yhdistyy kehittäminen ja tutkimus. Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa yhteistyössä Uuden Oulun kuntoutuspalveluita tuottavien fysioterapeuttien ja fysiatrian erikoislääkärin kanssa kuntoutujaa aikaisempaa enemmän osallistava työmenetelmä heidän käyttöönsä. Menetelmä tulee fysioterapeuttien ja lääkäreiden käyttöön tilanteisiin, joissa he tekevät kuntoutustarvearviota toistuvien ja pitkittyneiden TULE -ongelmien vuoksi vastaanotolle tulevien asiakkaiden kanssa. Keskeistä uudistuvassa työmenetelmässä tulee olemaan, että kuntoutuja osallistuu aikaisempaa aktiivisemmin ja tavoitteellisemmin kuntoutuksen suunnitteluun. Toisena keskeisenä tekijänä uudistuvassa toimintamallissa on se, että kuntoutuja tulee aikaisempaa paremmin kuulluksi näissä tilanteissa. Huomiota kiinnitetään erityisesti kuntoutujan kuntoutumisvalmiuden arviointiin ja kuntoutusmotivaation sekä -myönteisyyden tukemiseen. Kuntoutujan oma aktiivinen rooli on toiminnan keskiössä.

Kehittämistyön avulla saadaan kuntoutuksen suunnitteluun tietoa kuntoutujan motivaatiosta kuntoutumiseen sekä kuntoutujan omista kuntoutumistavoitteista. Samalla tuetaan myös kuntoutujan kuntoutumisvalmiuden ja sitoutumisen prosessia. Työmenetelmän kehittäminen tuottaa lisäksi kuntoutujaa motivoivan ja kuntoutumiseen sitouttavan työvälineen fysioterapeuteille kuntoutuspalvelujen toteutukseen yksilötyössä ja pienryhmässä.

Kehittämistyön tehtävänä on kuvata ja analysoida uudistuvan työmenetelmän kehittämisprosessi. Toimintatutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten kuntoutujaa motivoiva ja sitouttava toimintamalli rakentuu. Kehittämistyön tuloksena tuotetaan dokumentoitu uusi työmenetelmä perusteluineen.

Kehittämistyö toteutetaan osallistavana toimintatutkimuksena, jossa tutkimuskysymykset ovat kehittämistyön alussa väljät. Tutkimuskysymykset muotoutuvat ja tarkentuvat tutkimustyön edetessä. Kehittämistyön tutkimuskysymyksiksi kaavailtiin seuraavia:

Lähtötilanne

1. Minkälaisia motivointikeinoja työntekijät käyttävät kuntoutustarpeen arviointitilanteessa (sitouttaakseen ja) osallistaakseen kuntoutujaa omaan kuntoutumisprosessiinsa?
2. Miten kuntoutuja kokee oman osallisuutensa kuntoutumisprosessissa?

Kehittämistyön tulos

3. Minkälainen kuntoutujaa osallistava (motivoiva) ja kuntoutukseen sitottava toimintamalli kehittämistyön tuloksena syntyi?

4.3 Kehittämistyössä tuotetut aineistot ja niiden analyysi

Kysymyslomakkeen esitetaus

Haastattelu toteutettiin strukturoidun lomakkeen avulla, jolloin kysymysten muotoilu ja niiden järjestys oli kaikille vastaajille sama (Metsämuuronen 2006, 114; Vuorela, haku päivä 25.2.2012). Kysymyslomakkeet laadittiin erikseen työntekijälle ja kuntoutujalle. Lomakkeiden laatimiseen osallistui tutkijakehittäjien ohella YAMK- opiskelijaryhmä ja yliopettaja. Lomakkeen suunnittelussa otettiin huomioon ulkoasu, kysymysten helppo ymmärrettävyys ja vastaamiseen käytetty aika sekä miten kysymykset vastaavat tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2009, 200).

Kysymyslomaketta esitettiin lääketieteen kandidaattien avulla heidän suorittaessaan pediatrian osastoharjoittelua Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Lisäksi lomaketta esitettiin tutkijakehittäjien lääkärissä asioineilla läheisillä. Varmistimme, että kysymykset olivat yksiselitteisiä eivätkä johdattelevia (Valli 2010, 103 - 104; Metsämuuronen 2006, 50). Kysymykset luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle, joten sen tekemisessä ja muotoilussa oltiin huolellisia.

Strukturoidun kyselylomakkeen lisäksi sovittiin, että tutkijakehittäjät haastattelevat kuntoutujan ja työntekijän heti videoidun tapaamisen jälkeen. Haastattelun kysymykseksi

sovittiin lyhyesti: ” Miten meni?” ja sen lisäksi haastattelijalla oli mahdollisuus esittää muutama tarkentava kysymys haastateltavan vastauksesta riippuen. Avoimien kysymysten ja haastattelun avulla kuntoutujat pystyivät kertomaan kokemuksestaan vapaamuotoisesti. Tämä antoi haastattelijalle mahdollisuuden tarvittaessa kysyä tarkentavia ja selventäviä kysymyksiä, jotta voitiin minimoida virhetulkintoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.) Lähestymällä samoja asioita sekä määrällisesti että laadullisesti haluttiin saada monipuolinen kuva tutkittavasta asiasta. Laadullinen ja määrällinen tutkimusote tulee nähdä toisiaan täydentävänä. Laadullinen tutkimus tuo tutkimuksen syvyyttä ja määrällinen laajuutta. (Kananen 2011, 118; Metsämuuronen 2006, 88.) Lisäksi kysymykset pyrittiin asettamaan loogiseen järjestykseen ja huomioimaan kysymyksenasettelu avoimissa kysymyksissä niin, että vastaaja pystyi vapaamuotoisesti sanottamaan omaa kokemustaan tapaamisesta.

Kysymyslomakkeen esitestauksessa todettiin, että kysymykset olivat selkeitä ja helposti ymmärrettävässä muodossa. Lääketieteen kandidaatit eivät kokeneet lomakkeiden sopivan hyvin omaan työhönsä johtuen siitä, että heidän työskentelynsä ei ollut kuntoutusorientoitunutta ja potilaan tapaamiset olivat lyhytkestoisia. Kysymysten asettelu sai kuitenkin positiivista palautetta ja voisi sopia kuntoutuksen kentälle. Esitestaus osoitti myös sen, että lomakkeen täyttäminen ei vienyt paljoa aikaa, mikä oli tavoitekin.

Tutkijakehittäjille laadittiin etukäteen toimintaohjeet haastattelutilanteisiin, jotta haastattelijoiden toiminta haastattelutilanteissa olisi ollut mahdollisimman samantyyppinen. Haastattelutilanteessa haastattelijat huomioivat ympäristötekijät ja pyrkivät minimoimaan haastateltavista johtuvat virhetekijät, esimerkiksi kiireen. Haastattelijat kertoivat haastattelun tarkoituksen, viitekehyksen ja tarvittaessa avasivat lyhyesti tutkimuksen kannalta keskeisiä käsitteitä haastateltaville. Haastateltavalla oli mahdollisuus saada lisää ohjeistusta ja tarkennusta kysymyksistä mikäli he sitä tarvitsivat. Haastatteluihin vastattiin nimettömänä eikä vastauksista voi tunnistaa vastaajaa. Kaikilla haastatteluun pyydetävillä kuntoutujilla oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta. Heillä oli myös mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta yksittäisiin kysymyksiin tai keskeyttää haastattelu niin halutessaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 290.)

Työntekijät kirjoittivat jokaisen intervention jälkeen koulutuspalautteen ja pohtivat omaa oppimistaan ja työvälineiden toimivuutta käytännön työssään. Tutkijakehittäjät

kävivät nämä palautteet tarkasti läpi ennen seuraavaa interventiota ja suunnittelivat seuraavan intervention sisällön ja tehtävät huomioiden työntekijöiden toiveet ja tarpeet.

Toimintatutkimukseen liittyen kehittämisprosessin eri vaiheissa kerättiin erilaisia aineistoja, joilla haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin (taulukko 4).

TAULUKKO 4: Tutkimusaineistot

TUTKIMUSKYSYMYS	AINEISTOT	MILLOIN KERÄTTY	ANALYYSI
Minkälaisia kuntoutujan motivoituneita työntekijät käyttävät kuntoutusprosessin alussa?	Videointi (6)	17.-18.9.2012 11.12.2012	MISC-koodaus Motivoivan haastattelun laskennat
Minkälainen kokemus kuntoutujalla on omasta osallisuudestaan kuntoutusprosessissaan?	Kuntoutujan haastattelu(6) Työntekijän haastattelu (6) Kyselylomake työntekijälle (6) Kyselylomake työntekijälle (6)	17.-18.9.2012 11.12.2012 17.-19.9.2012 11.12.2012	Sisällön analyysi Keskiarvot pisteytyksistä
Minkälainen kuntoutujaa osallistava toimintamalli kehittämistyön tuloksena syntyi?	Työntekijöiden päiväkirjat Interventioiden palaute	Koko prosessin ajan 1.10-6.12.2012	Sisällön analyysi

Lähtötilanteen kuvaukseen tarvittava aineisto kerättiin havainnoimalla kahta fysioterapeutin ja kuntoutujan sekä yhtä fysiatriin ja kuntoutujan tapaamista. Tapaamiset videoitiin. Tapaamisten jälkeen sekä työntekijä että kuntoutuja haastateltiin erikseen. Haastattelut taltioitiin nauhurilla. Lopuksi sekä työntekijä että kuntoutuja täytti erillisen strukturoidun haastattelulomakkeen.

Kehittämistyön interventiot tuottivat koko ajan moninaista materiaalia, jotka toimivat prosessia eteenpäin vievinä aineistoina. Työntekijät kirjoittivat interventioiden jälkeen koulutuspalautteen. He kuvasivat omaa oppimistaan sekä uusien pilotoitujen työmenetelmien toimivuutta työssään. Lisäksi tutkijakehittäjät refleктоivat keskenään koko prosessin ajan ja kehittivät interventioiden sisältöjä kerättyjen palautteiden ja havaintojensa pohjalta.

Kehittämisprosessiin osallistuvat fysioterapeutit pitivät koko prosessin ajan päiväkirjoja, jotka muodostivat osan tutkimusaineistoa. Yksi osa kehittämistyön aineistosta muodostui suunnittelukokousten dokumenteista. Kehittämisprosessin interventiot tuottivat koko ajan erilaisia tuotoksia, mitkä toimivat prosessia eteenpäin vievinä aineistoina. Näiden kaikkien avulla mahdollistui kehittämisprosessin mahdollisimman tarkka kuvaaminen. Näin voitiin kuvata minkälainen kuntoutujaa osallistava ja kuntoutumiseen

sitouttava toimintamalli kehittämistyön tuloksena syntyi. Kaikkien interventioiden jälkeen opintopäiväkirjat koottiin yhteiseen dokumenttiin ja analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Laadullisen tutkimusosan ensimmäiset aineistot kerättiin syyskuussa 2012 havainnoimalla fysiatrian erikoislääkärin ja kahden fysioterapeutin toimintaa kuntoutujan kanssa arviointitilanteessa ja kuntoutussuunnitelman laadintatilanteessa Oulun kaupunginsairaalan kuntoutusyksikössä. Havainnointiaineistot koottiin videoimalla kolmen asiakkaan poliklinikakäyntiä noin 1 ½-tunnin ajan. Käynnit lääkärin ja fysioterapeuttien vastaanotolla sisälsivät alkuhaastattelun, klinisen tutkimusosan sekä hoito-/kuntoutussuunnitelman laadinnan.

Tässä tutkimuksessa ei oltu kiinnostuneita lääketieteellisestä tai fysioterapeuttisesta statuksesta, vaan havainnoinnin avulla selvitettiin työntekijän toimintaa, mitä hän tekee ja mitä tilanteessa tapahtuu työntekijän ja kuntoutujan vuorovaikutuksessa. Havainnointitilanteessa tutkittiin työntekijän ja kuntoutujan vuorovaikutussuhteita ja siinä tapahtuvia ilmiöitä. Lisäksi oltiin kiinnostuneita kuntoutujan kohdatuksi tulemisen kokemuksista. Erityisen kiinnostuneita oltiin kuntoutujan osallisuuden vahvistamisesta. Havainnointiaineistojen avulla pyrittiin etnografian keinoin saamaan realistinen kuva fysiatrian erikoislääkärin ja fysioterapeuttien toiminnoista ja työskentelytavoista kuntoutujien kanssa. Videointi on perusteltua kun halutaan nähdä ja tutkia tarkemmin, mitä todellisuudessa tapahtuu. Videoinnin avulla pystyttiin taltioimaan myös sellaista, mikä tavallisesti voisi jäädä yksittäisen tutkijan havainnoinnin ulkopuolelle.

Työntekijän ja kuntoutujan tapaamisen jälkeen tutkijakehittäjät haastattelivat sekä kuntoutujan että työntekijän erikseen. Nauhoitetut haastattelut litteroitiin ja analysoitiin sisällön analyysin avulla. Tarkoituksena oli ymmärtää tutkittavaa ilmiötä ja saada mahdollisimman tarkka aineistolähtöinen kuvaus kehittämistyön lähtötilanteesta. (Krippendorff 1980; Weber 1990; Cavanagh 1997.)

Etnografisessa tutkimuksessa arvostetaan mahdollisuutta saada videoinnin avulla tallennettua tavallisia työelämätilanteita (ks. Silverman 1997). Tässä tutkimuksessa tutkijakehittäjät toimivat itse aineistonkerääjinä, koska he tunsivat hyvin tutkimuksen taustat. Tutkijakehittäjät pyrkivät olemaan mahdollisimman ”näkymättömiä” tarkkailijoita, eivätkä he osallistu-

neet havainnoinnin aikana kuntoutujan ja työntekijän väliseen vuorovaikutustilanteeseen millään tavalla.

Lindlöfin (1995) mukaan tutkimusmateriaalina videokuva auttaa havaitsemaan pieniä yksityiskohtia työntekijän ja kuntoutujan välisessä vuorovaikutustilanteessa. Myös nopeasti ohimenevät kohdat työntekijöiden toiminnassa, joita muuten ei ehdi huomioda, pääsevät huomion kohteeksi videoinnin avulla. Videoiden avulla tutkijoilla on mahdollisuus palata havainnointitilanteisiin aina tarvittaessa uudelleen ja tutkijat voivat valita eri katselustrategioita. Havainnointiaineiston avulla pyrittiin etnografian keinoin saamaan mahdollisimman monipuolinen ja totuudenmukainen kuva tämän hetkisestä toiminnasta. (Veijola A. 2004, 2.)

Aineiston analysointi tapahtui monivaiheisena ja pitkällä aikavälillä toteutuneena prosessina. Aukikirjoitettu raakadata pelkistettiin ja luokiteltiin. Luokittelu tapahtui tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimusongelmasta käsin. Aineisto ryhmiteltiin ja pilkottiin aihepiirien mukaan. Sisällön analyysin avulla tehtiin havaintoja dokumenteista ja analysoitiin niitä systemaattisesti. Analyysissa on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tekstin sanat tai muu yksilö luokiteltiin samaan luokkaan merkityksen, tarkoituksen, seurauksen tai yhteyden perusteella. (Ryan & Bernard 2000, 769-793; Eskola & Suoranta 2008; Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Aukikirjoitetun tutkimusaineiston ja videoitujen toimintojen analyysi tehtiin kahden tutkijan yhteistyönä. Näin minimoitiin tutkijoiden ennakkokäsityksiin ja analyysitapaan liittyvien tekijöiden vaikutus tuloksiin. (Patton, 1990.) Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan sisällön analyysin haasteellisuutena pidetään sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan kategoriat niin, että ne kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä.

Tässä tutkimuksessa on aineistojen analyysia ohjaavana tekijänä etnografinen viitekehys. Tutkijat voivat välttää liiallista tutkimuskohteen pelkistämistä ja liian pitkälle vietyä aineiston luokittelua (abstrahointia) kun he noudattavat etnografialle tyypillistä analyysia. Näin analyysivaiheessa huolehditaan siitä, että tutkimuskohteiden toimintakäytännöille ominaiset piirteet ovat tunnistettavissa. Tutkijat tiedostivat aineistojen pelkistämiseen liittyvät riskit. Välttääkseen tämän vaaran he palasivat jatkuvasti alkuperäiseen

aineistoon, tarkastelivat kriittisesti omia tulkintojaan ja niiden kielellistä ilmaisutapaa, varoen liiallista yleistämistä ja asioiden pelkistämistä. (Denzin 1997; Richardson & St Pierre 2005.) Luokitteluperusteiden kirjaaminen on laadullisen tutkimuksen analyysin luotettavuudessa tärkeää, ja tämän vuoksi kaikki perusteet toiminnalle dokumentoidaan tarkasti.

Havainnointiaineiston analyysi

MISC-menetelmä

Videomateriaalia analysoitaessa käytettiin yhtenä menetelmänä Motivational interviewing Skill Code 2.1 -menetelmän (MISC) koodaajan käsikirjan ensimmäistä vaihetta. Motivoivan haastattelutaidon koodauskäsikirja on kehitetty asiakkaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen koodaamiseen joko ääni- tai videonauhalla. Terapeutilla tarkoitetaan ketä tahansa ammattihenkilön edustajaa koulutustaustasta riippumatta, joka toimii haastattelijana ja asiakkaalla viitataan haastateltavaan. Käsikirjan on laatinut motivoivan haastattelun kehittäjä William R. Miller, yhdessä tutkijaryhmän kanssa. (Koskijännes, Riittinen & Saarnio 2008, 175.) Ensimmäisessä vaiheessa arvioidaan videon ensimmäisellä katselukerralla työntekijän ja kuntoutuksen osuus sekä heidän välinen yhteistyönsä. Tutkijakehittäjät halusivat testata käytännössä myös tästä menetelmästä kehitettyä yksinkertaisempaa versiota MITI -koodausmenetelmää, mutta koska tutkijakehittäjillä ei ole siihen vaadittavaa koulutusta ja kokemusta, niin päädyttiin käyttämään MISC -menetelmää.

Havainnointiaineiston analyysin tarkoituksena ei ollut tutkia ainoastaan motivoivan haastattelun tekniikan toteutumista, vaan pikemminkin kartoitettiin motivoivan haastattelun hengen toteutumista. Tämän takia päädyttiin siihen, että motivoivan haastattelun koodausmenetelmästä käytetään ainoastaan ensimmäinen vaihe, jotta koko tutkimusaineistosta ei korostu liiallisessa määrin motivoivan haastattelun tekniikan arviointi.

Koodaajan käsikirjan (Koskijännes ym. 2008, 175-192) ohjeita noudattaen ensimmäisellä koodauskerralla tutkijakehittäjät kuuntelivat koko haastattelun videonauhaa pysäyttämättä. Muistiinpanojen tekeminen kuuntelukerran aikana oli sallittua. Tämän jälkeen tutkijakehittäjät arvioivat havaintonsa lomakkeen 7-kohtaisen Likert-asteikon mu-

kaan. Tutkijakehittäjät keskustelivat keskenään havainnoistaan ja reflektion kautta päätyivät sijoittamaan arvionsa asteikolle 1-7.

Yleisarvio työntekijästä

Lomakkeen luokitukset on tehty 7-kohtaisen Likert -asteikon mukaan. Luokituksen tulee perustua työntekijän käyttäytymiselle istunnon aikana. Joka kohdasta ympyröitiin yksi numero, eikä yhtään kohtaa jätetty tyhjäksi. Yleisarviot koskivat koko haastattelukertaa.

Työntekijän käyttäytymisestä arvioitiin seuraavia asioita:

1. Hyväksyntää, jolla tarkoitettiin varauksetonta myönteisyyttä, arvostusta, hyväksyntää ja kunnioitusta. Hyväksynnän tulee suuntautua asiakkaan persoonaan eikä hänen käyttäytymiseensä.
2. Tasavertaisuutta (vs. autoritaarisuus), jolloin työntekijä painottaa asiakkaan autonomiaa, valinnanvapautta sekä vastuullisuutta. Työntekijä saattaa tarjota asiantuntemustaan asiakkaan niin pyytäessä tai saadessaan kuntoutujalta luvan neuvon antamiseen.
3. Empatiaa (oikeaa ymmärrystä), jolloin tarkasteltiin työntekijän kykyä ymmärtää asiakasta, hänen käsityksiään, tilannettaan, henkilökohtaisia merkityksiä ja tunteita. Tämä ilmeni työntekijän heijastavana kuunteluna. Tarkastelun kohteena oli myös työntekijän reaktiot, ilmeet, eleet sekä tarkentavat kysymykset.
4. Aitous, joka oli teeskentelemättömyyttä ja johdonmukaisuutta. Aito työntekijä on avoin, vastaanottavainen, rehellinen ja hän suhtautuu kuntoutujaan henkilökohtaisesti ja ainutkertaisesti.
5. Ystävällisyyttä, jolloin työntekijä on lämminhenkinen, myötätuntoinen, auttavainen ja välittävä kuntoutujaa kohtaan.
6. Motivoivan haastattelun sisäistämistä, joka on koko istuntoa koskeva yleisarvio siitä, missä määrin työntekijä ilmentää motivoivan haastattelun henkeä. Arvioi-

daan, missä määrin työntekijä on ollut läsnä haastattelussa ja löytänyt yhteisen sävelen kuntoutujan kanssa. Tällöin ohjaustyö on asiakaskeskeistä, valmentavaa ja neuvottelevaa, joka kunnioittaa ja arvostaa kuntoutujan näkökulmaa. Työntekijän vuorovaikutustyyli on luonteva ja ystävällinen. Hän on virittäytynyt kuuntelemaan kuntoutujaa ja on herkkä tunnistamaan asiakkaan motivaation lähteitä.

Yleisarvio kuntoutujasta

Lomakkeen luokitukset on tehty 7-kohtaisen Likert -asteikon mukaan. Luokituksen tulee perustua kuntoutujan käyttäytymiselle istunnon aikana. Kuntoutujan käyttäytyminen vaihtelee usein hyvinkin paljon haastattelun aikana. Tarkoitus ei ollut arvioida käytöstä keskiarvona koko istunnosta vaan huomio kiinnitettiin haastattelun kohokohtiin eli vaiheisiin, joissa kuntoutuja parhaiten ilmaisi itseään, tunteitaan ja ajatuksiaan. Joka kohdasta ympyröitiin yksi numero, eikä yhtään kohtaa jätetty tyhjäksi.

Kuntoutujan käyttäytymisestä arvioitiin seuraavia asioita:

1. Tunneilmaisua, jolloin kuntoutuja ilmaisee selvästi ja avoimesti erilaisia tunteitaan. Tämä arvioitiin ainoastaan kuntoutujan tuottamasta puheesta, ei non-verbaalisesta viestinnästä.
2. Yhteistyökykyä, jolloin kuntoutuja pystyi virittäytymään samalle aaltopituudelle työntekijän kanssa. Arvioitiin, kuinka kuntoutujat vastasivat työntekijän kysymyksiin ja pystyivät työskenteleä yhdessä päämääriensä saavuttamiseksi.
3. Avoimuutta, jolloin arvioidaan kykeneekö kuntoutuja ilmaisemaan itseään avoimesti ja rehellisesti.
4. Sitoutuneisuudessa arvioitiin, suhtautuuko kuntoutuja haastatteluun aktiivisesti ja etsiikö uusia lähestymistapoja ongelmiinsa. Korkeat pisteet saava kuntoutuja kiinnostuu, osallistuu ja osoittaa ajattelevansa ja reflektoivansa kuulemaansa sekä löytää uusia mahdollisuuksia ajatella ja toimia.

Yleisarvio vuorovaikutuksesta

Lopuksi arvioitiin työntekijän ja kuntoutujan välistä vuorovaikutusta kahdella arviointiasteikolla koko haastatteluistunnon ajalta.

Yhteistyö mittaa työntekijän ja kuntoutujan välistä vuorovaikutusta erityisesti vallan jakautumisen näkökulmasta. Korkea arvo tällä asteikolla kuvaa kumppanuutta ja yhteistyölle perustuvaa neuvontasuhdetta. Haastattelussa on synergiaa, yhteinen sävel löytyy ja keskustelussa edetään samaan suuntaan.

Hyöty kuvaa kuntoutujan edistymistä ja hyötyä haastatteluistunnosta. Arvioidaan, pääseekö kuntoutuja eteenpäin, jääkö paikalleen, saako hän luottamusta muutosmahdollisuuksiin vai mennäänkö kehityksessä taaksepäin.

Motivoivan haastattelun hengen toteutuminen

Havainnointiaineiston analyysin tarkoituksena ei ollut tutkia ainoastaan motivoivan haastattelun toteutumista, vaan pikemminkin kartoitettiin motivoivan haastattelun hengen toteutumista. Analyysissä perehdyttiin siihen, millaisia kuntoutujaa voimaannuttavia, motivoivia ja kuntoutumisvalmiutta lisääviä menetelmiä työntekijät käyttivät työssään. Näihin taustateorioihin nojaten tutkijakehittäjät valitsivat kahdeksan asiaa, joiden toteutumista havainnoitiin ja laskettiin konkreettisia kertoja, jolloin näitä esiintyi alkuhaastattelun ensimmäisen kymmenen minuutin aikana. Havainnoitavat asiat olivat:

1. työntekijän esittämät avoimet kysymykset
2. suljetut kysymykset
3. kysymykset, jotka sisälsivät vastauksen
4. kuntoutujan tarjoamat ”tärpit”, joihin työntekijä ei tarttunut
5. kuntoutujan tarjoamat ”tärpit”, joihin työntekijä tarttui
6. työntekijän antamat neuvot ja määräykset
7. työntekijän reflektio ja heijastava kuuntelu
8. positiivisen palautteen antaminen, vahvistus, kannustus ja kiitos

Yllä mainitut havainnoitavat asiat määräytyivät kuntoutumisvalmiusteorian kautta. Peltomaan (2005, 62) mukaan kuntoutumista tukevia tekijöitä kuntoutujan tilanteessa ovat usko positiiviseen muutokseen, onnistumisen kokemukset, oman tilanteensa hyväksyminen, läheisten tuki, arjen sujuminen, taloudellinen tilanne sekä kuntoutujan sinnikkyys, aktiivisuus ja oma-aloitteisuus.

Hoito ja kuntoutustilanteessa kuntoutumisvalmiutta voidaan lisätä luomalla turvallisuuden tunne ja luottamus työntekijään. Työntekijän tulee arvostaa kuntoutujaa, osoittaa hyväksyntää, kuunnella, rohkaista ja kunnioittaa hänen mielipiteitään. Kuntoutujan tulee saada tasavertainen kokemus suhteessa työntekijään ja mahdollisuus voida kuntoutuksessa kokeilla jaksamistaan ja taitojaan. Myös työntekijän antama tieto sairaudesta, palveluista, kuntoutuksesta, kuntoutumisesta ja sosiaaliturvasta on tärkeää. (Peltomaa 2005, 62.)

Kuntoutumisvalmiuden tukemisessa merkityksellinen on myös toimintaympäristö. Kuntoutujalla ei saa olla liikaa auttajia eikä työntekijöiden jatkuva vaihtuminen ole suotavaa. Tärkeää on palveluiden saatavuus ja niissä tapahtuva kohtelu. Kuntoutujan on hyvä tietää palveluiden toimintaperiaatteet ja ympäristön olisi syytä olla turvallinen ja asenteeltaan kuntoutusmyönteinen. (Peltomaa 2005, 62.)

4.4 Osallistujien roolit ja aikataulus

Kehittämistyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin osallistuivat tutkijakehittäjien lisäksi Oulun Kaupunginsairaalan kuntoutus- ja hyvinvointipalveluista fysiatri ja kaksi fysioterapeuttia. Suunnitteluvaiheessa oli mukana myös yksikön palveluesimies. Kehittämistyö kiinnitettiin osaksi työntekijöiden normaalia työkäytäntöä. Näin ollen aineistojen keruuajana asiakkaaksi määrittäneet kuntoutujat osallistuivat kehittämistyön toteutukseen ja arviointiin. Koko kehittämistutkimusta ohjasi Oulun Seudun Ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikön yliopettaja. (taulukko 5).

TAULUKKO 5: Kehittämistyön resurssit

Titteli	Rooli kehittämistutkimuksessa	Taloudellinen resurssi
Sosionomi, YAMK-opiskelija	Tutkijakehittäjä, koulutuksen toteutus, tutkimusaineiston kerääminen, analysointi ja raportointi	Työpanos 800h, puhelin, tulostus ja kopiointikustannukset
Sosionomi, YAMK-opiskelija	Tutkijakehittäjä, koulutuksen toteutus, tutkimusaineiston kerääminen, analysointi ja raportointi	Työpanos 800h, puhelin, tulostus ja kopiointikustannukset
Yliopettaja, TtT, Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö	Kehittämistyön ohjaaja	Palkkakustannukset kehittämistyön suunnittelun ja toteutuksen ajalta. Puhelin, tulostus- ja kopiointikustannukset
Fysiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri, Oulun kaupunginsairaala, kuntoutusyksikkö	Kehittämistyön ohjaus ja asiantuntija, koulutuksen ja pilotoinnin suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi	Palkkakustannukset kehittämistyön suunnittelun ja toteutuksen ajalta. Puhelin, tulostus- ja kopiointikustannukset
Palveluesimies, Oulun Kaupunginsairaala, palveluyksikkö	Kehittämistyön ohjaus ja asiantuntija, arviointi	Palkkakustannukset kehittämistyön suunnittelun ja toteutuksen ajalta. Puhelin, tulostus- ja kopiointikustannukset
Fysioterapeutti, Oulun Kaupunginsairaala, palveluyksikkö	Kehittämistyöhön osallistuja, koulutuksen ja pilotoinnin suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi	Palkkakustannukset kehittämistyön suunnittelun ja toteutuksen ajalta. Puhelin, tulostus- ja kopiointikustannukset
Fysioterapeutti, Oulun Kaupunginsairaala, palveluyksikkö	Kehittämistyöhön osallistuja, koulutuksen ja pilotoinnin suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi	Palkkakustannukset kehittämistyön suunnittelun ja toteutuksen ajalta. Puhelin, tulostus- ja kopiointikustannukset
Kuntoutajat, Oulun Kaupunginsairaala, palveluyksikkö	Pilotoinnin suunnittelu, osallistuminen ja arviointi	

Kehittämistyön toteutus ajoittui vuosille 2012-2013 (kuviot 2). Kehittämistyön suunnittelu alkoi tammi-helmikuussa 2012. Lähtötilanteen kartoitusvaihe, mihin sisältyi osittain kehittämistyön tutkimuksellinen osuus, tehtiin elokuussa. Toimintatutkimuksen toteutuksessa tuotettuja aineistoja analysoitiin kehittämistyön edetessä. Toimintatutkimukseen liittyvät interventiot suunniteltiin elokuussa ja toteutettiin loka-marraskuussa. Tämän jälkeen kehittämistyön tuottamaa uutta osaamista ja kehittämistyöhön osallistuneiden erilaista asiantuntijuutta ja kokemustietoa hyödyntäen tuotettiin uudenlaisia työmenetelmiä, ja niihin liittyviä työvälineitä. Uusien työmenetelmien pilotointi ajoittui

syksyyn 2012. Joulukuussa kerättiin toinen tutkimusaineisto, jonka analysointi tehtiin tammikuussa 2013. Prosessin arviointi liittyy prosessin kaikkiin vaiheisiin. Kehittämistyön raportointi tapahtui myös prosessin kuluessa, kuitenkin niin että varsinainen laajempi raportti tuotettiin keväällä 2013.

KUVIO 2: Kehittämistyön aikataulukaus

5 MOTIVOIVIEN TYÖMENETELMIEN KEHITTÄMINEN

Toimintatutkimusprosessiin kuului kehittämistyön suunnittelukokoukset, lähtötilanteen kartoitus ja sen pohjalta interventioiden suunnittelu ja toteutus sekä uuden toimintamallin pilotointi (kuvio 3). Toimintatutkimuksena toteutettavan kehittämistyön aikana kerättiin erilaisia aineistoja, jotka analysoitiin ja niiden tuottamaa tietoa käytettiin prosessia eteenpäin vievänä tietona. Koko kehittämissuorituksen ajan kerättiin arviointitietoa kehittämistyön toteutuksesta. Tätä arviointitietoa käytettiin hyödyksi suunniteltaessa prosessin eri vaiheita. Näin muodostuivat toimintatutkimukselle ominaiset syklit (Heikkinen ym. 2007).

KUVIO 3: Kehittämistyön prosessi

Prosessin aikana suunniteltiin toimintatutkimukseen liittyvät interventiot. Ne suunniteltiin yhdessä fysioterapeuttien ja fysiatrian erikoislääkärin kanssa syksyn 2012 aikana. Suunnitelma oli alustava, sillä koko ajan oltiin tietoisia siitä, että toimintatutkimukselle on ominaista tilanteiden muuttuminen. Kun uuden intervention suunnittelua ohjasi aina edellisen tuottama tieto niin interventioita ei voitu suunnitella etukäteen valmiiksi. Toimintatutkimuksen keskeinen menetelmä on yhteisen näkemyksen pohjalta käyty keskustelu. Tässä prosessissa vuoropuhelussa tuotiin erilaiset näkemykset esille. Näin kaikki kehittämistyöhön osallistuneet nähtiin toimijoina ja kehittäjinä. Vetäjien tehtävän oli myös välittää teoria- ja tutkimustietoa muille, jäsentää työskentelyä, esittää uusia ajatuksia ja ongelmanratkaisumalleja. Näin interventioissa ei koskaan toimita pelkän arkitiedon varassa.

Kehittämisprosessi rakentui neljästä syklistä, joihin jokaiseen kuului suunnittelua, interventio, arviointi ja reflektio. Kehittämisprosessi sisälsi neljä neljän tunnin interventiota loka-marraskuussa 2012. Interventioiden välissä kehittämistyöhön osallistuneet työntekijät pilotoivat intervention yhteydessä kehitettyjä työmenetelmiä asiakastyössään. Seuraavassa tapaamisessa keskusteltiin heidän pilotointikokemusten ja havaintojen pohjalta ja työvälineitä muokattiin paremmin heidän työhönsä sopiviksi. Kehitettyjen työmenetelmien pilotointi jatkui tammikuun 2013 puoliväliin saakka, jolloin kerättiin viimeinen havainnointimateriaali.

5.1 Kehittämisympäristö

Haukiputaan, Kiimingin, Oulun, Oulunsalon ja Yli-Iin kunnat sopivat 28.6.2010 kuntajaon muuttamisesta. Kyseiset kunnat lakkautettiin 31.12.2012, jolloin ne yhdistettiin ja samalla perustettiin uusi kunta 1.1.2013. (Uusi Oulu 2013, Yhdistämissopimus 2010, hakupäivä 7.2.2013.) Keskeisenä tavoitteena kuntaliitoksessa oli luoda Oulun kaupungista elinvoimainen, vahva ja menestyvä pohjoisen kumppanuusverkoston keskus. Yhdistymisen avulla kaupunki pystyy säilyttämään elinvoimansa ja toimintakykynsä vaihtehtoisissa tulevaisuuksissa. Tämä tarkoittaa sitä, että niin nopean talouskehityksen kuin taantuvan vaiheen aikana kaupunki kykenee tarjoamaan kuntalaisille laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. (Oulun palvelumalli 2020, hakupäivä 7.2.2013.) Uudesta kunnasta käytämme tässä kehittämistyössä nimitystä Uusi Oulu.

Oulun kaupunginjohtaja Matti Pennanen asetti (14.10.2011 § 25) palveluverkkotyön vi-
ranhaltioista koostuvan koordinaatiotyöryhmän, jonka tehtävänä on ollut laatia ehdotus Uuden Oulun palveluverkkosuunnitelmaksi 2013 - 2020. Tehtävän pääpaino on palveluprosessien (sivistys- ja kulttuuripalvelut, hyvinvointipalvelut, ympäristö- ja yhdyskuntapalvelut) palvelumallin ja palveluverkon kokonaissuunnittelussa. Lisäksi se linjaa yhteispalvelupisteiden ja palvelukeskusten toimintaa. Oulun palvelumalli 2020 perustuu yhdistymissopimuksen, omistajapoliittisten linjausten, palvelujen järjestämishjelman, kuntalaisten osallisuuden ja vaikuttamisen ohjelman, yleiskaavasunnitelmien, maankäytön toteuttamishjelman ja erillisinvestointien hankintaohjeen linjauksiin. Oulun palvelumalli 2020:n keskeisenä tavoitteena on vahvistaa kuntaliitoksen ja yhdistymissopimuksen tavoitteita. Vahvalla kehittämistyöllä, toimintatapojen uudistamisella ja rakenteiden muutoksilla voidaan taata, että palvelujen laatu, taloudellisuus, saatavuus ja

saavutettavuus toteutuvat yhdenvertaisina. (Oulun palvelumalli 2020, hakupäivä 7.2.2013.) Tämä kehittämistyö mukailee Oulun palvelumalli 2020 tavoitteita, sillä kehittämistyöllä tähdätään toimintatapojen uudistamiseen Uuden Oulun hyvinvointipalveluihin kuuluvissa kuntoutuspalveluissa.

Hyvinvointipalvelut järjestävät kaupunkilaisille lakien ja asetusten mukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Hyvinvointipalveluihin kuuluvat sosiaalinen hyvinvointi, terveyspalvelut ja ikäihmisten hyvinvointipalvelut. Lisäksi se vastaa sosiaalisten ongelmien ja niiden haittavaikutusten ehkäisemisestä Uudessa Oulussa. Sopimusohjausmallissa, jossa hyvinvointipalvelut toimii, tilaaja vastaa kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Tilaajaa edustaa sosiaali- ja terveyslautakunta sekä viranhaltijoista koostuva tilaajatiimi asiantuntijoineen. Tuottaja puolestaan vastaa kaupungin omien sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta. Tuottajaa edustavat sosiaali- ja terveystoimen palvelutuotannon johtokunnan alaisuudessa toimivat johtajat sekä valtaosa hyvinvointipalveluiden henkilöstöstä. (Hyvinvointipalvelut 2013, hakupäivä 4.2.2013.)

Uuden Oulun kuntoutuspalvelut, jotka kuuluvat terveyspalveluiden alle, ovat tarkoitettu niille kotona asuville oululaisille, joilla on vaikeuksia selviytyä arkielämän toimista. Osaan kuntoutuspalveluista voi hakeutua ottamalla itse suoraan yhteyttä toimipisteeseen mutta käytännössä tarvitaan hoitavan lääkärin tai muun ammattihenkilön tekemä lähete kuntoutukseen pääsemiseksi. (Kuntoutus ja terapia 2013, hakupäivä 4.2.2013.)

Uuden Oulun kuntoutuspalveluihin kuuluu 70 työyhteisönjäsentä. Tästä koostuu kehittämistyön koko yhteisö. Johdon edustajina ovat palveluesimies ja ylilääkäri. Lisäksi työyhteisössä on edustettuna seuraavat ammattiryhmät: kuntoutusavustajat, kuntohoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, kuntoutussuunnittelijat, kuntoutussihteeri, toimistos sihteeri, terveyskeskusavustaja ja työllistetty toimistoharjoittelija.

Tässä kehittämistyössä keskityttiin havainnoimaan, dokumentoimaan ja kehittämään Uuden Oulun kuntoutuspalveluiden fysiatrian erikoislääkärin ja fysioterapeuttien työtä. Kuntoutuspalveluiden fysioterapian keskeisenä tavoitteena on ylläpitää sekä parantaa ihmisten toimintakykyä ja liikkumista. Fysiatrian erikoislääkärin vastaanotolle kuntoutujat pääsevät lääkärin läheteellä. Vastaanotolle hakeudutaan sekä tutkimuksiin että hoitoon tuki- ja liikuntaelinten alueelle paikantuvien kipujen ja toimintahäiriöiden sekä

kuntoutukseen ja työkykyisyyteen liittyvien ongelmien takia. Fysiatrian erikoislääkäri käy läpi saapuneet lähetteet ja antaa suositukset toteutettavista tutkimus-, hoito- ja kuntoutustoimenpiteistä. Läheteistä osa palautetaan takaisin lähettävälle lääkärille täydentäviin tutkimuksiin ja hoitoihin ohjein varustettuna. Osa läheteistä voidaan ohjata toimenpidesuosituksin varustettuna fysioterapeutille tai liikunnanohjaajalle hoitoa, kuntoutusta, ja niiden tarpeen arviointia varten. Tarkempia selvityksiä varten voidaan varata aika poliklinikkatutkimukseen erikoislääkärin vastaanotolle. (Fysiatrian vastaanotto 2013, hakupäivä 4.2.2013.) Oulun kaupunki voi järjestää kuntoutuspalveluita joko itse tai valitsemissaan yksityisissä hoitolaitoksissa.

Kehittämistyö paikantui fysiatrian erikoislääkärin ja kahden fysioterapeutin työhön, jotka työskentelevät pitkäaikaista tuki- ja liikuntaelinkipua kärsivien kuntoutujien kanssa. Tässä kehittämistyössä ei ollut mukana neuropaattista kipua sairastavia kuntoutujia, joilla on runsas lääkitys, mahdollisesti epiduraalstimulaattori tai kapsaisiinihoito päällä. Nämä kuntoutujat ovat usein kipupoliklinikan asiakkaita. Mukana kehittämistyössä oli kuntoutujia, joilla on tuki- ja liikuntaelinkipujen lisäksi yleistynyttä kipua sekä psykososiaalisia rasitustekijöitä.

5.2 Kehittämistyö alkaa

Kehittämistyö käynnistyi Oulun Kaupungin kuntoutuspalveluiden ja tutkijakehittäjien yhteisillä suunnittelukokouksilla, joita pidettiin neljä kevään 2012 aikana (taulukko 6).

TAULUKKO 6: Suunnittelukokoukset

Suunnitelukokous	Osallistajat	Kokouksen keskeisin sisältö
28.2.2012	Palveluesimies, Ylilääkäri, Yliopettaja, YAMK-opiskelijat	- Tämän hetken tilanne selkäkipupotilaiden kuntoutuksessa - Kehittämisyhteistyötarpeen kartoitus: haasteena keltaisen lipun kuntoutuja - Suurin haaste kuntoutumisvalmiuksien ja osallisuuden lisääminen sekä sitouttamistyöskentely
13.3.2012	Ylilääkäri, Fysioterapeutit, YAMK-opiskelijat	- Fysioterapeuttien työnkuvan avaaminen - Ryhmätoiminnan tämänhetkinen tilanne ja haasteet (kuntoutujien sitouttamattomuus, toiminnan keskittyminen kipuun) - Käytössä oleviin lomakkeisiin tutustuminen - Asiakkaiden ohjautuvuus kuntoutuspalveluihin - Kaupunginsairaalan muut kuntoutuspalvelut selkäkipupotilaille
20.4. 2012	Ylilääkäri, Fysioterapeutit, YAMK-opiskelijat	- Uusien työmenetelmien kuvaileminen ja esittelemine - Pohdittiin yhdessä menetelmien käyttömahdollisuuksia - Kiputyökirjan toimivuus kuntoutuksessa - Kehittämistoiminnan paikantuminen 1-4 motivointikäyntien sisällön suunnitteluun, menetelmäkoulutukseen ja menetelmien pilotointiin
24.4. 2012	Ylilääkäri, Fysioterapeutit, YAMK-opiskelijat	- Piirrettiin auki alustava suunnitelma osallistavasta toimintatutkimuksesta - Sovittiin miten havainnointiaineiston kerääminen toteutetaan - Interventioiden alustava suunnittelu - Aikataulut

Suunnittelukokouksissa kartoitettiin sen hetkinen tilanne selkäkipupotilaiden kuntoutuksessa ja kehittämissyhteistyön tarpeet. Kehittämistutkimuksessa päätettiin hyödyntää etnografista toimintatutkimusta. Tarkoituksena oli, että etnografian keinoin tutkijakehittäjät pääsevät sisälle kehitettävään ja tutkittavaan yhteisöön, jotta he oppisivat paremmin ymmärtämään sen sisällä olevia sosiaalisia suhteita ja merkitysjärjestelmiä. (Tacci ym. 2003.)

Suurimmaksi haasteeksi nousi keltaisen lipun –kuntoutujat ja heidän osallistamisensa omaan kuntoutusprosessiinsa sekä heidän kuntoutumisvalmiutensa vahvistaminen. Suunnittelukokouksissa käytiin läpi fysioterapeuttien ja fysiatrian erikoislääkäriin sillä hetkellä työssään käyttämät lomakkeet sekä heidän työskentelytapansa. Tutkijakehittäjät toivat esille oman osaamisensa mm. kognitiivisen terapian menetelmät ja yhdessä mietittiin, voisiko niitä soveltaa pitkittynyttä tuki- ja liikuntaelinkipua sairastavien henkilöiden kuntoutuksessa. Etnografisessa toimintatutkimuksessa, kuten tässäkin kehittämiss-

tutkimuksessa, keskeisenä tavoitteena on, että kaikki prosessiin osallistujat oppivat toisiltaan tutkimusprosessin aikana (Tacci ym. 2003). Siksi osaamisen jakaminen ja toisten työmenetelmiin perehtymisellä oli suuri merkitys suunnittelukokouksissa.

Viimeisessä suunnittelukokouksessa tutkijakehittäjät esittelivät suunnitelmansa osallistavasta toimintatutkimuksesta ja sovittiin yhteistyön sisällöstä. Kehittämisyhteistyö paikantui uusien työmenetelmien kehittämiseen ja pilotointiin. Tutkijakehittäjien vastuulle tuli tehdä alustavat suunnitelmat neljään interventioon, joissa käytiin läpi ratkaisukeskeisen- ja kognitiivisen lyhytpsykoterapian, muutosvaihemallin, kuntoutumisvalmiuden ja motivoivan haastattelun teoriaa ja kehitettiin yhteistyössä kognitiivisen terapian menetelmiä soveltaen uudenlaisia välineitä TULE -oireisten henkilöiden kuntoutukseen. Kehittämistyössä oli tarkoituksena yhdistää fysiatrian erikoislääkärin ja fysioterapeuttien sekä tutkijakehittäjien osaaminen ja luoda täysin uudenlaisia menetelmiä toimia osallistaakseen ja sitouttaakseen kuntoutujia omaan kuntoutumisprosessiinsa. Kehittämistyön tutkimuskysymykset muotoutuivat näissä suunnitteluistunnoissa.

5.2.1 Interventioiden toteutus suunnitelma

Yhteisten suunnitteluistuntojen jälkeen kehittäjätkijat refleктоivat kokouksissa esiin nousseita keskeisiä sisältöjä tarkastellen erityisesti kehittämistarpeita. Reflektion pohjalta tehtiin alustava suunnitelma interventioiden rungosta ja työmenetelmistä, joita voidaan hyödyntää fysioterapeuttien ja fysiatrien työssä.

Työmenetelmien kehittäminen aloitettiin taustateorioiden valinnalla ja kognitiivisen lyhytpsykoterapiakoulutuksen, voimavara- ja ratkaisukeskeisen materiaalin läpikäymisellä. Materiaalista nostettiin esille ne tehtävät ja mallit, jotka kehittäjätkijat arvioivat sopivan fysioterapeuttien ja fysiatrien työhön pilotoitaviksi. Lisäksi perehdyttiin alan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, joiden avulla saatiin rikastutettua näkökulmia. Tarkastelun keskiössä oli kuntoutujaa osallistavat ja sitouttavat työmenetelmät. Yhtenä tärkeimpänä voimavarana menetelmien kehittämisessä kehittäjätkijat käyttivät omaa työkokemustaan ja substanssiosaamistaan haastavien asiakkaiden kanssa tehtävästä työstä.

5.2.2 Lähtötilanteen kuvaus

Kehittämistyö käynnistyi toimintatutkimuksen mukaisesti lähtötilanteen kuvaamisella, jota varten prosessin alussa kerättiin ensimmäinen aineisto. Se muodostui neljän asiakasvastaanoton havainnoinnista, joista kaksi oli fysioterapeutin vastaanottoa ja yksi fysiatrian erikoislääkärin vastaanotto sekä yksi ryhmätapaaminen.

Havainnoinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, miten työntekijä toimi osallistaakseen ja sitouttaakseen kuntoutujaa kuntoutumisprosessiinsa. Havainnointiaineiston avulla haettiin vastauksia kysymyksiin, miten fysioterapeutti ja lääkäri motivoivat kuntoutujia kuntoutustarpeen arviointitilanteessa sitoutumaan omaan kuntoutumisprosessiinsa. Havainnointiaineistojen avulla pyrittiin etnografian keinoin saamaan mahdollisimman monipuolinen kuva asiakkaan ja ammattihenkilön välisestä keskustelusta. Kehittämistutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä, mitä ja miten tilanteessa puhutaan. Tekstiä ja puhetta tutkittiin sellaisenaan, eikä niiden ”takaa” pyritty etsimään ”oikeaa” todellisuutta.

Lähtötilanteen kartoituksessa kerättiin havainnointiaineisto myös fysioterapeutin ohjaamasta ryhmätilanteesta. Tällöin kiinnostuksen kohteena oli se, mitä kuntoutujan osallisuutta ja sitoutumista tukevia keinoja fysioterapeutti käyttää ryhmätilanteessa.

Miltä tilanne näyttää

Toimintatutkimuksen alussa haastattelun mukaan kuntoutujat olivat tyytyväisiä työntekijöiden ammattitaitoon. He kokivat, että heidän tilanteensa huomioidaan kokonaisuutena ja he saavat oikeanlaista apua. Vuorovaikutus työntekijän kanssa oli toimivaa, joka edesauttoi luottamuksellisen suhteen syntymistä. Kuntoutujat kokivat tulleen kuulluksi. Vuorovaikutustilanteesta jäi tunne, että työntekijät arvostivat heitä ja osoittivat hyväksyntää. Tämä edesauttoi sitä, että kuntoutujat pystyivät puhumaan elämäntilanteestaan rehellisesti ja suoraan. Kuntoutujat kuvailivat käyntiään lääkärin / fysioterapeutin luona mukavaksi ja he olivat tapaamisen jälkeen helpottuneita ja tyytyväisiä.

Työntekijät arvioivat kohtaamisen kuntoutujan kanssa sujuneen hyvin. Mikäli kuntoutujan tilanne oli monisyinen, työntekijän keskittyminen ja asiassa pysyminen oli haasteellista. Työntekijöiden mukaan toiset kuntoutujat kertovat spontaanisti oman elämänsä

asioista, mutta toisten kuntoutujien puheet saattavat olla hyvinkin hajanaisia ja hypellä aiheesta toiseen. Haastattelusta käy ilmi, että työntekijät antavat suoria ohjeita/neuvoja kuntoutujille huomioimatta kuntoutujien omaa halua, kykyä ja motivaatiota.

Yksittäisen kuntoutujan kanssa työskentelyyn varattu ajankäyttö tuotti haasteita, jolloin tapaamiset venyivät suunniteltua pidemmiksi. Työntekijät kertoivat käyttävänsä alkuhaastatteluun runsaasti aikaa. Aikaa tarvitaan, koska ennen varsinaisen fyysisen tutkimuksen aloittamista työntekijät halusivat rakentaa luottamuksellisen suhteen kuntoutajaan. Ajankäytössä työntekijät huomioivat TULE –oireisten kuntoutujien mahdollisen psyykkisen oireilun. Työntekijöiden mukaan vastaanotolla kohtaa usein psyykkisistä oireista kärsiviä kuntoutujia. Alkuhaastatteluun ja tutkimukseen on varattu yksi tapaamisaika, mutta tarvittaessa voidaan antaa toinenkin aika, jos ensimmäisellä ei ehditä kaikkia tarvittavia tutkimuksia tehdä. Tämä antaa mahdollisuuden täydentää haastattelua seuraavalla kerralla.

Ensimmäinen havainnointi, ensimmäisen kuuntelukerran arviot

Videoidut lääkärin ja fysioterapeuttien vastaanottotilanteet katsottiin tutkijakehittäjien toimesta läpi ja koodattiin MISC-menetelmän ensimmäisen kerran arviot. Koodauksen tarkoituksena oli arvioida työntekijän ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Ensimmäisen katselukerran aikana tutkijakehittäjät valitsivat vuorovaikutustilannetta parhaiten kuvaavan arvosanan lähtötilanteessa. Alla olevissa taulukoissa on kuvattu yleisarvio työntekijän käyttäytymisestä vastaanottotilanteessa ja (taulukko 7) ja keskiarvot kuntoutujien käyttäytymisestä vastaanottotilanteessa (taulukko 8). Kolmannessa taulukossa (taulukko 9) on kuvattu yleisarvio työntekijän ja kuntoutujan välisestä vuorovaikutuksesta. Keskiarvo pisteytyksestä näkyy taulukoissa punaisella värillä.

TAULUKKO 7: Yleisarvio työntekijöistä (koko istunnon keskiarvo)

HYVÄKSYNTÄ	1 2 3 <u>4</u> 5 6 7
TASAVERTAISUUS	1 2 <u>3</u> 4 5 6 7
EMPATIA/ OIKEA YMMÄRRYS	<u>1</u> 2 3 4 5 6 7
AITOUS	1 2 3 4 <u>5</u> 6 7
YSTÄVÄLLISYYS	1 2 3 4 <u>5</u> 6 7
MOTIVOIVAN HAASTATTELU	1 2 <u>3</u> 4 5 6 7
HENGEN OMAKSUMINEN	

☐

Arvio koko istunnon osalta, missä määrin työntekijä ilmensi seuraavia motivoivan haastattelun peruspiirteitä: hyväksyntä, tasavertaisuus, empatia, aitous, ystävällisyys ja motivoivan haastattelun hengen omaksumien.

TAULUKKO 8: Keskiarvo kuntoutujista (istunnon kohokohdat)

TUNNEILMAISU	1 2 <u>3</u> 4 5 6 7
YHTEISTYÖKYKY	1 2 3 4 <u>5</u> 6 7
AVOIMUUS	1 2 3 <u>4</u> 5 6 7
SITOUTUNEISUUS	1 2 3 4 <u>5</u> 6 7

Arvio koko istunnon osalta, missä määrin kuntoutuja ilmensi yhteistyökykyä, sitoutuneisuutta, tunne- sekä muuta itseilmaisua.

TAULUKKO 9: Yleisarviot vuorovaikutuksesta (koko istunto)

YHTEISTYÖ	1 2 3 <u>4</u> 5 6 7
HYÖTY	1 2 3 4 <u>5</u> 6 7

Yleisarvio muodostuu keskustelun edistymisestä ja yhteistyöstä.

5.3 Interventiot

Interventiot, eli neljä yhteisen kehittämisen iltapäivää pidettiin 1.10. - 6.11.2012 välisenä aikana Oulun Seudun ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden yksikön tiloissa. Jokainen interventio oli kestoaltaan noin neljä tuntia. Ohjelmasta ja iltapäivien kulusta vastasivat tutkijakehittäjät ja osallistujina olivat Uuden Oulun kuntoutuspalveluista fysiatrian erikoislääkäri ja kaksi fysioterapeuttia. Kehittämisiltapäivien alustava ohjelmarunko laitettiin osallistujille etukäteen sähköpostitse kehittäjätyöntekijöiden toimesta. Ohjelmarungossa oli määritelty keskeiset teemat, mutta lopullinen iltapäivän ohjelma muotoutui toimintatutkimukselle ominaisella tavalla tutkijakehittäjien ja osallistujien vuorovaikutuksessa. Kaikkien interventioiden keskiössä oli fysiatrian erikoislääkärin ja fysioterapeuttien substanssiosaamisen yhdistäminen tutkijakehittäjien kognitiivisen lyhytpsykoterapian osaamiseen dialogisten menetelmien kautta. Jokaisen intervention aikana kehitettiin yhdessä uusia työmenetelmiä, joita työntekijät pilotoivat työssään. Pilotoinnin aikana tutkijakehittäjät olivat taustalla tukemassa ja tarvittaessa käytettävissä konsultointiapuna.

Interventioiden tavoitteena on taustateorian haltuunoton kautta tunnistaa missä vaiheessa omaa kuntoutumisprosessia kuntoutuja on. Tunnistaminen on edellytys sille, mitä motivointistrategiaa työntekijä käyttää ja lopuksi valitaan eri menetelmiä ja keinoja motivointistrategian toteuttamiseksi. Kaikella tällä pyritään kuntoutujan osallisuuden vahvistamiseen.

5.3.1 Ensimmäinen interventio

Iltapäivän sisältö oli suunniteltu suunnittelukokouksissa esiin nousseiden haasteiden ja kehittämisiltapäivään osallistujien toiveiden pohjalta. Interventioiden suunnittelua ohjasi lähtötilanteen kartoituksessa esiin tulleet havainnot ja kehittämiskohteet. Ennen ensimmäistä interventiota tutkijakehittäjät olivat käyneet läpi lähtötilanteen kartoituksesta kootun havainnointiaineiston ja analysoineet sen. Analyysin tuloksiin pohjaten tutkijakehittäjät suunnittelivat interventioiden alustavan rungon. Näin tutkimustieto lähti vieämään kehittämistyötä eteenpäin. Lisäksi interventioiden aikana käytiin läpi fysiatriin ja fysioterapeuttien työtä reflektoiden ja määritettiin samalla tarkemmin kehittämiskohteita.

Iltapäivän keskeisenä sisältönä oli kuntoutumisvalmiuden käsitteen avaaminen (Peltonen 2005) ja muutosvastarinnan ymmärtäminen. Lisäksi pohdimme yhdessä kuinka työntekijä voi edistää myönteistä muutosta ja miten muutoksen ennusmerkkejä voidaan tunnistaa ja arvioida (kts. Hanna 2009). Taustateoriat sidottiin esimerkkien kautta käytännön työhön. Tällä pyrittiin lisäämään ymmärrystä siitä, miten nämä ilmiöt näkyvät työskennellessä TULE -oireisten kuntoutujien kanssa. Kun työntekijä oppii tunnistamaan missä kuntoutuksen vaiheessa kuntoutuja on, voi hän auttaa myös kuntoutujaa ymmärtämään paremmin omaa tilannettaan. Ymmärryksen lisääntymisen myötä työntekijä voi tukea kuntoutujaa oikea-aikaisesti, oikeanlaisilla menetelmillä eteenpäin. Kuntoutumisvalmiuden ollessa vielä heikkoa, on hyvä pysähtyä rauhassa miettimään yhdessä kuntoutujan kanssa halukkuutta muutokseen.

Ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä tarkastelun kohteena oli kuntoutumisvalmiuden viisi osa-aluetta: tarve muutokseen, sitoutuminen muutokseen, tietoisuus ympäristöstä, tietoisuus itsestä ja yhteisyyssuhteet. Tutkijakehittäjät olivat rakentaneet näihin aihepiireihin sopivia tehtäviä, joilla voidaan kartoittaa ja tarkastella kuntoutujan tilannetta. Tehtäviä käytiin yhdessä läpi fysiatriin ja fysioterapeuttien kanssa ja pohdittiin niiden toimivuutta käytännössä. Tutkijakehittäjät olivat rakentaneet tehtävät kognitiivisen terapian viitekehyksestä huomioiden voimavarakeskeisen työotteen. Tehtäviä muokattiin yhdessä tutkijakehittäjien, fysiatriin ja fysioterapeuttien vuoropuhelun kautta TULE -oireisten kuntoutujien kanssa tehtävään työhön sopiviksi. Tarkoituksena oli, että työnte-

kijät pilotoivat uusia yhdessä rakennettuja menetelmiä työssään intervention jälkeen. Käyttökokemusten pohjalta työmenetelmiin tehtiin tarvittavia muutoksia.

Työmenetelmät ensimmäisen intervention aikana

Ensimmäinen työmenetelmä, hyvän elämän puu, toimi välineenä kartoittamaan kuntoutujan elämän tärkeitä asioita, joista koostuu hänen mielekäs ja hyvä elämänsä. Työmenetelmässä autetaan kuntoutujaa pohtimaan asioita, joita hän elämältään haluaa sekä asioita joita, kuntoutuja pitää itselleen tärkeänä, ja joiden eteen on valmis tekemään töitä. Kyseisessä menetelmässä asioiden olisi hyvä olla toteuttamiskelpoisia ja konkreettisia. Niitä voi olla paljon tai vähän. Näistä valitaan kolme kuntoutujalle tärkeintä asiaa, jotka laitetaan tärkeysjärjestykseen. Mikäli kuntoutujalla on vaikeuksia nimetä itselleen tärkeitä asioita, voidaan apuna käyttää Views from the verandah, a kit for Building pictures of the future –kortteja (suom. Näkymiä Verannalta). Tämän jälkeen pohditaan mitä kuntoutuja on valmis itse tekemään näiden asioiden eteen ja mitä on valmis tekemään yhdessä työntekijänsä kanssa. Näistä voi rakentaa konkreettista toimintasuunnitelmaa. Elämän puuta on hyvä palata tarkastelemaan kuntoutusprosessin aikana aina tarvittaessa. Hyvän elämän puuta rakennettaessa työntekijän tehtävänä on neutraalisti, ilman omaa arvolatausta, auttaa kuntoutujaa tunnistamaan omat arvonsa ja asiat, joihin voi omalla toiminnallaan vaikuttaa.

Hyvän elämän puun piirtämisen jälkeen työntekijä auttaa kuntoutujaa miettimään mitä hän voisi itse tehdä lisätäkseen näitä arvokkaita ja tärkeitä asioita elämäänsä. Keskustelua käydään siitä, mitä kuntoutuja voi itse tehdä ja mihin asioihin hän tarvitsee toisten apua. Tärkeää on edetä pienin ja konkreettisin askelin ja myös aikatauluttaa, milloin kuntoutuja on valmis ottamaan ensimmäisen askeleen. Tässä keskustelussa työntekijän on hyvä tietää kuntoutuksen tavoitteen asettamisen SMART -periaate. SMART -periaate tarkoittaa tavoitteen asettamisen ”kultaista sääntöä”, jossa tavoite on yksilöllinen, määritelty, mitattavissa, saavutettavissa, realistinen ja merkityksellinen sekä mahdollinen aikatauluttaa. (Bovend’Eerd , Botell & Wade 2009; 23: 352–361.)

Hyvän elämän puuta voidaan pitää asiakaslähtöisenä ja lempeänä tapana kuntoutussuunnitelmaa rakentaessa. Arvokeskustelun kautta syntyy pohja tavoitteen asettelulle. Kuntoutujan oman elämän arvojen ja tärkeiden asioiden tarkasteleminen voi olla lem-

peämpi tapa edetä kuntoutuksessa kuin suora tavoitekeskustelu. Kuntoutujalla voi olla takanaan useita epäonnistuneita yrityksiä saavuttaa tavoitteita ja sitoutua muutokseen. Tämän takia tavoitteista puhuminen voi nostattaa kuntoutujassa muutosvastarintaa. Kuntoutumisen Peltomaa (2005) määrittelee, sitoutuminen on sitä, miten kovasti kuntoutuja haluaa muutosta. Sitoutumiseen vaikuttaa aikaisemmat kokemukset muutosyrityksistä. Hyvän elämän puu -menetelmän avulla saadaan kuntoutujan oma ääni kuuluville ja kuntoutuja pääsee aidosti kertomaan itselleen tärkeistä asioistaan sekä toiveistaan ilman, että kuntoutusorganisaatio tai työntekijä määrittelee kuntoutumisen tavoitteet. Kun kuntoutujan elämän tärkeät ja tavoiteltavat asiat ovat aidosti lähtöisin kuntoutujasta itsestään, on hänen helpompi sitoutua työskentelemään saavuttaakseen ne. Kun muutos ei näyntyä uhkana, niin myös muutosvastarinta laimenee. (Hanna 2009.)

Seuraavaksi tarkastelun kohteeksi otettiin kuntoutujan valmiudet lähteä työskentelemään tavoitteidensa suuntaisesti. Valmiuksien selvittämiseen rakennettiin yhdessä tehtäviä, joiden avulla selvitettiin kuntoutumista tukevia tekijöitä, kuntoutumisen esteitä ja sitä miten niihin voidaan vaikuttaa. Lisäksi kartoitettiin kuntoutujan halukkuutta ja valmiutta muutokseen. Tehtävissä kartoitettiin myös ketkä voivat olla tukemassa kuntoutujan pääsemään päämääräänsä. Ensimmäisessä interventiossa avattiin ajatukset muutoshalukkuuteen ja muutosvalmiuksiin. Seuraavissa interventioissa perehdyttiin aiheeseen syvemmin.

Intervention aikana harjoiteltiin käytännössä uusien yhdessä kehitettyjen työmenetelmien käyttöä. Harjoitusten jälkeen jaettiin kokemuksia ja ajatuksia niiden käyttämisestä ja pohdittiin työmenetelmien toimivuutta. Harjoittelussa käytettiin hyväksi työntekijöiden omaa kokemusta ja fiktiivisiä kuntoutujaesimerkkejä. Intervention lopuksi työntekijät saivat käyttöönsä sekä teorian tiedon että yhdessä rakennetut työmenetelmät. Työntekijät pilotoivat ja arvioivat uusien työmenetelmien käyttöä kokeiltuaan näitä työssään kuntoutujien kanssa. Työntekijöiden tehtävä oli kirjata kokemuksiaan pilotoinnin aikana.

Intervention jälkeen tutkijakehittäjät reflektoivat keskenään intervention kulun sujumisesta, sisällön toimivuudesta sekä huomioistaan koskien mahdollisia kehittämiskohteita. Huomiot kirjattiin ylös ja nämä dokumentit olivat osaltaan ohjaamassa seuraavan intervention sisällön suunnittelua. Osallistujilta pyydettiin pitämään päiväkirjaa siitä, missä

tilanteissa he pilotoivat uusia menetelmiä, mitä menetelmiä he olivat käyttäneet ja miten he kokivat menetelmien toimivan kuntoutujien parissa tehtävässä työssä. Tietoa kerättiin interventioiden välisenä aikana ja nämä päiväkirjat käytiin läpi ja analysoitiin ennen seuraavaa interventiota. Tämän tiedon pohjalta rakennettiin seuraavaa interventiota.

5.3.2 Toinen interventio

Ennen seuraavaa interventiota tutkijakehittäjät saivat kehittämistyöhön osallistuneilta työntekijöiltä koulutuspalautteen ja opintopäiväkirjan työmenetelmien pilotoinnista. Palautteet käytiin huolella läpi ja analysoitiin. Näin niitä voitiin hyödyntää intervention sisällön ja uusien työvälineitten suunnittelussa.

Toisen ja kolmannen interventio aikana otettiin haltuun transteoreettinen muutosvaihemalli. Transteoreettinen muutosvaihemalli on taustateorianakin niin laaja, että sen sisäistämiseen käytettiin kaksi yhteisen kehittämisen iltapäivää.

Toinen yhteinen kehittämisiltapäivä aloitettiin kokemuksien jakamisella uusien työmenetelmien pilotoinnista. Työntekijät olivat pilotoineet uusia työmenetelmiä työssään kuntoutujien kanssa. Kokemuksistaan työntekijät olivat pitäneet kirjaa ja lisäksi he arvioineet menetelmien soveltuvuutta työhönsä. Työntekijöillä oli mahdollisuus saada lisäohjeistusta työmenetelmien käytössä. Osaa menetelmistä muokattiinkin heidän työhönsä paremmin sopivaksi. Tutkijakehittäjät kirjasivat kokemukset ja huomioit ylös. Kokeusten jakamiseen käytettiin runsaasti aikaa ja tutkijakehittäjien rooli oli tässä kohtaa työnohjauksellinen.

Transteoreettisen muutosvaihemallin teoria käytiin läpi sitoen se käytännön työhön fiktiivisten case -esimerkkien avulla. Tavoitteena oli ennalta tutun teorian ymmärtämisen syventäminen siten, että työntekijä tunnistaa missä muutosvaiheessa kuntoutuja on, ja kuinka häntä tuetaan siinä tilanteessa siirtymään vaiheesta toiseen. Kuntoutuksen kompastuskivenä on usein se, että kuntoutujaa yritetään sitouttaa toimintaan hänen ollessaan esiharkinta- tai harkintavaiheessa transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan. Kiirehtimällä asioiden edelle kuntoutujalle aiheutetaan epäonnistumisen kokemus ja työntekijä turhautuu kokiessaan työnsä tuloksettomaksi. (Koski-Jännes ym.2008, 30-33.)

Työmenetelmät toisen intervention aikana

Esiharkintavaiheeseen ja harkintavaiheeseen soveltuvaksi työvälineeksi valittiin nelikenttäanalyysi, jossa kartoitetaan nykytilanteen edut ja haitat sekä muutoksen edut ja haitat. Nelikenttää harjoiteltiin käyttämään draaman keinoin, siten että kehitettiin fikttiivinen tilanne, jossa kuntoutuja pohti työntekijän kanssa mahdollisen muutoksen etuja ja haittoja. Nelikenttä on hyödyllinen ja yksinkertainen työkalu muutospuheen esiin kutsumisessa sekä muutoksen hyötyjen ja haittojen pohtimisessa. Esiharkinta ja harkintavaiheessa on tärkeää kuntoutujan elämäntilanteen neutraali tarkastelu ja mahdollisimman realistisen kuvan saaminen kuntoutujan sen hetkisestä tilanteesta. Samalla ongelmaa koskevaa tietoisuus lisääntyy sekä työntekijälle että kuntoutujalle. (Laidoner, Karvinen, Stojanovic & Holmberg 1997, hakupäivä 2.2.2013.)

Työntekijöiden kanssa yhdessä rakennettiin harkintavaiheeseen soveltuva tehtävä, jossa kartoitettiin millaisia keinoja kuntoutuja on käyttänyt yrittäessään hallita kipua. Lisäksi tehtävässä tarkasteltiin millaisia välittömiä ja pidemmän aikavälin seurauksia nykyisistä yrityksistä hallita kipua oli.

Intervention aikana opeteltiin muutospuheen takaisinkerrontaa, eli heijastamista, kuntoutujalle. Työntekijän ja kuntoutujan välisessä dialogissa voi tapahtua väärinymmärrystä monessa eri vaiheessa. Voi olla, että kuntoutuja ei osaa sanoittaa asiaansa siten, että työntekijä aidosti ymmärtää mistä on kysymys. Työntekijä voi myös ymmärtää väärin kuulemansa tai hän voi heijastaa kuulemansa asian väärin kuntoutujalle. Heijastavan kuuntelemisen ydin on, että se tuo julki arvauksen siitä mitä henkilö tarkoittaa. Heijastava kuuntelija muodostaa järkeen käyvän arvauksen viestin alkuperäisestä merkityksestä ja kertoo tämän arvauksensa toteamuksen muodossa. (Gordon, 1970; Miller & Jackson, 1985.)

Ajankäytön seurantalomake on hyödyllinen työmenetelmä, kun halutaan saada lisää tietoa millaisiin tilanteisiin kivun kokemukset liittyvät. Kuntoutuja merkitsee lomakkeeseen vuorokauden aikana tekemänsä asiat ja havainnoi samalla kivun kokemusta ja mielialaansa. Lomaketta voidaan käyttää useisiin eri havainnointitarpeisiin. Työntekijä sopii aina kuntoutujakohtaisesti mitä ja miten asioita havainnoidaan. Havainnoinnin avulla

voidaan osoittaa pystyvyyttä arjessa. Lisäksi voidaan osoittaa, että kivun kokemus ei ole pysyvä vaan se on sidoksissa siihen, mistä kuntoutujan arkipäivä koostuu. Havainnoinnin aikana ei pyritä muutoksiin arjessa, vaan neutraaliin tarkasteluun ja syy-seuraussuhteiden tutkimiseen.

Valmisteluvaiheessa olevalle kuntoutujalle kehitettiin työmenetelmäksi sovellettua ratkes –karttaa (The reteaming poster), joka pohjautuu ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan. Menetelmässä määritellään tavoite ja annetaan sille selkeä nimi. Seuraavaksi hankitaan kannustajia ja ennakoitaan tavoitteen hyödyt itselle ja muille. Tapahtuneesta edistyksistä pidetään kirjaa ja rakennetaan mielikuvia edistyksen vaiheista. Pohditaan, miksi tavoitteeseen pääsy ei ole helppoa ja toisaalta, miksi tavoitteeseen pääsy on mahdollista. Seuraavaksi tarkastellaan mahdollisia vastoinkäymisiä ja valmistaudutaan niihin. Laaditaan ikään kuin selviytymissuunnitelma vastoinkäymisiä kohdatessa. Viimeisenä vaiheena sovitaan miten pidetään kirjaa omasta edistymisestä. Tämä Ratkes –kartta koettiin hieman kankeaksi käyttää, joten siitä koottiin keskeiset elementit ja rakennettiin lääkäriin ja fysioterapeutin työhön paremmin soveltuva menetelmä. Tässä menetelmässä kuntoutuja määrittelee tavoitteen sekä pienet askeleet tavoitetta kohti. Lisäksi määritellään henkilöt, jotka voivat olla auttamassa kuntoutujaa kohti päämääräänsä sekä mahdolliset tulevat esteet ja keinot päästä niiden yli.

Lisäksi rakennettiin työväline, jossa yhdistettiin nämä ratkaisukeskeisen lyhytterapian asiat ja lyhyt muutossuunnitelma erilliseen tavoitesuuntautuneeseen lomakkeeseen. Edellä mainittujen ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa käytettyjen asioiden lisäksi tehtävissä käytettiin lukujanoja (0-100%) määrittelemään kuntoutujan panosta, kykyä ja halua muutokseen, sekä pohdintaa siitä, millaista elämä on sitten kun muutos on toteutunut ja tavoite saavutettu.

Transteoreettisen muutosvaihemallin ensimmäisten vaiheiden laajuuden vuoksi jätettiin loput kolme (toiminta, retkahdus ja ylläpito) vaihetta seuraavan intervention aiheiksi. Interventioiden välissä työntekijöillä oli mahdollisuus sisäistää ja omaksua oppimansa tieto ja havainnoida miten muutosvaiheet näkyvät konkreettisesti kuntoutujien kanssa työskenneltäessä. Työntekijöiden kanssa käytiin pohdintaa siitä, että kuntoutujat, joita he työssään kohtaavat ovat usein muutosvaihemallin alkupäässä. Nämä esiharkinta- ja harkintavaiheessa olevat kuntoutujat koetaan usein haastaviksi, sillä heidän motivoimi-

sensa voi olla vaikeaa. Muutosvaihemallin ymmärtämisen myötä työntekijät kokivat saaneensa lisää ymmärrystä kuntoutujan käyttäytymisestä. Intervention myötä työntekijät saivat myös tarpeelliseksi kokemiaan työvälineitä auttaakseen kuntoutujaa siirtymään vaiheesta toiseen.

Intervention jälkeen tutkijakehittäjät reflektoivat havaintojaan ja mielipiteitään interventiosta. Havainnot kirjoitettiin ylös ja tämä muistio toimi osaltaan seuraavan intervention suunnittelun pohjana. Intervention aikana tutkijakehittäjät saivat arvokasta lisätietoa työntekijöiden substanssiosaamisesta ja heidän työnsä haasteista. Tietoa hyödynnettiin seuraavan intervention työvälineitä ja menetelmiä suunniteltaessa. Lisäksi työntekijöiltä pyydettiin palaute intervention sisällöstä ja heitä pyydettiin pitämään päiväkirjaa uusien menetelmien pilotoinnista ja menetelmien toimivuudesta.

5.3.3 Kolmas interventio

Ennen kolmatta interventiota tutkijakehittäjät kävivät läpi työntekijöiden palautteen ja opintopäiväkirjat. Aineisto analysoitiin ja siitä noussut tieto hyödynnettiin intervention suunnitteluun ja työvälineitten kehittämiseen. Tutkijakehittäjät pyrkivät huomioimaan työntekijöiden toiveet ja tarpeet työn kehittämisessä. Tutkijakehittäjät rakensivat alustavia työmenetelmiä transteoreettisen muutosvaihemallin toiminta-, retkahdus- ja ylläpitovaiheissa olevien kuntoutujien kanssa työskentelyyn. Työmenetelmät pohjautuivat taustateoriaan nojaten työntekijöiden palautteista, tutkijakehittäjien havainnoista ja lähtötilanteen analyysistä nouseviin työelämälähtöisiin tarpeisiin.

Intervention aluksi käytettiin taas runsaasti aikaa kokemusten jakamiseen ja reflektointiin uusien työmenetelmien pilotoinnista. Keskustelua syntyi siitä, miten muutosvaihemallin ymmärtäminen tekee haastavien kuntoutujien kanssa työskentelyn mielekkääksi. Työntekijät kokivat, että kuntoutusta on myös se, että auttaa kuntoutujaa pohtimaan ja havainnoimaan tilannettaan, vaikka kuntoutuja ei vielä olisikaan valmis konkreettiseen toiminnan muutokseen.

Työmenetelmät kolmannen intervention aikana

Kolmannessa interventiossa perehdyttiin transteoreettisen muutosvaihemallin toiminta-, retkahdus- ja ylläpitovaiheisiin. Toimintavaiheeseen soveltuvaksi työskentelymenetelmäksi kehitettiin yhdessä myönteisten kokemusten kalenteri, jossa kartoitetaan, mitä kuntoutuja on pystynyt päivän aikana tekemään kivusta huolimatta, mitkä ovat olleet päivän hyvät hetket, mistä on iloinnut, mitä on tehnyt oman kuntoutumisensa eteen ja mistä asioista voi kiittää itseään. Myönteisten kokemusten kalenteri kehitettiin havainnointiaineistoon pohjaten. Havainnoinnissa työntekijä pyysi kuntoutujaa huomioimaan arjessaan yllä mainittuja asioita. Työntekijöillä ei ollut käytössään tätä varten tehtävälomaketta, jonka vuoksi tutkijakehittäjät rakensivat lomakkeelle perusrungon. Tehtävälomake muokattiin yhdessä työntekijöiden kanssa heidän työhönsä sopivaksi, ja tätä he voivat jatkossa työstää yhdessä kuntoutujan kanssa.

Lisäksi harjoiteltiin tehtävän käyttöä, jossa kuntoutuja pohtii mitä kivusta ja uupumuksesta on seurannut eri ihmissuhteille, työhön / opiskeluun, harrastuksiin, terveyteen ja hyvinvointiin sekä mitä kuntoutuja tekisi jos hänen ei tarvitsisi kamppailla näiden asioiden kanssa.

Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan toimintavaiheessa on hyvä valmistautua mahdolliseen retkahdukseen. Retkahdus-sana liitetään yleensä päihdetyöhön, joten tässä interventiossa puhumme retkahduksen sijaan väliaikaisesta palaamisesta aikaisempiin toimintatapoihin. Palaaminen aikaisempiin toimintatapoihin saattaa liittyä mihin tahansa muutoksen vaiheeseen, joten on tärkeää tunnistaa riskitekijät ja varautua niihin. Palaaminen aikaisempiin toimintatapoihin ei ole pysyvää eikä siitä pidä lannistua vaan sitä voi käyttää oppimiskokemuksena. Interventioissa painotettiin sitä, että kaikki kerätty havainnointimateriaali sekä kuntoutujan tekemät tehtävät kannattaa säilyttää, sillä niihin voi aina palata kuntoutuksen edetessä. Aiemmin kerätyn materiaalin avulla voidaan tehdä näkyväksi pienet muutokset ja jo otetut askeleet kohti tavoitetta. Retkahduksen sattuessa aikaisemman työskentelymateriaalin tutkiminen saattaa toimia motivaation lähteenä uudelleen palaamisessa kuntoutuksen tielle. (Laidoner ym. 1997.)

Ylläpitovaiheessa olevan kuntoutujan kanssa työskentely vaatii työntekijältä taustalle vetäytymistä, mutta ei hylkäämistä. Tässä vaiheessa kuntoutuja voi yhdessä työntekijän kanssa tehdä pitkän tähtäimen suunnitelman. Työntekijän on tärkeää tukea kuntoutujan ratkaisuja ja tämän pystyvyyttä.

Kolmannen intervention aikana pohdittiin yhdessä kiittämisen merkitystä kuntoutustyössä. Kehittäjäutkijoiden oman substanssiosaamisen ja työkokemuksen kautta on kuntoutujan kiittäminen havaittu merkitykselliseksi toimintatavaksi osoittaa arvostusta. Kuntoutujan kiittäminen jokaisessa huomioimisen arvoisessa tilanteessa on pieni mutta toimiva ele. Kuntoutujat tiedostavat herkästi heikkoutensa ja puutteensa, sen sijaan omat vahvuudet ja kyvyt sekä askeleet kohti muutosta jäävät huomioimatta. Kuntoutujaa kiittämällä osoitetaan arvostusta kuntoutujaa kohtaan ja tehdään näkyväksi kaikki edistysaskeleet. Vaikka kuntoutuja olisi tehnyt jo suuria muutoksia elämäntavoissaan, niin yksi taaksepäin otettu askel voi murentaa koko ajatuksen kuntoutumisen hyödyistä ja omista kyvyistä. Kuntoutujaa kiittämällä häntä rohkaistaan ja samalla hän voi oppia itsekin kiittämään itseään tehdystä työstä. Näin sisäinen motivaatio kasvaa ja kuntoutuja kannustaa itseään työskentelemään tavoitteidensa suuntaisesti.

Intervention lopuksi työntekijät antoivat suullisen palautteen intervention kulusta ja sisällöstä. Kokemukset kirjattiin ylös, jotta tarpeet ja toiveet voitaisiin huomioida viimeisen intervention sisällön suunnittelussa. Tutkijakehittäjät reflektoivat myös keskenään ja tekivät muistion havainnoistaan.

5.3.4 Neljäs interventio

Ennen viimeistä interventiota tutkijakehittäjät kävivät läpi työntekijöiden palauttamien viimeisten palautteiden ja opintopäiväkirjat. Näitä dokumentteja hyödyntäen rakennettiin viimeisen yhteisen kehittämisen iltapäivän sisältö; taustateoriat ja työvälineet.

Ennen varsinaiseen aiheeseen menemistä käytiin suullisesti läpi kokemukset edellisen intervention työmenetelmien pilotoinnista. Aikaisempien interventioiden tapaan tähän käytettiin runsaasti aikaa ja tutkijakehittäjät toimivat tässä vaiheessa työnohjauksellisesti. Yhdessä pohdittiin vastauksia menetelmien käytössä eteen tulleisiin haasteisiin ja jaettiin onnistumisen kokemuksia.

Työmenetelmät neljännen intervention aikana

Viimeisen intervention taustateorianä oli tutkija ja psykologi William Millerin kehittämä motivoiva haastattelu ja erityisesti motivoivan haastattelun hengen omaksuminen. Tutkimustiedon lisääntyä motivoivasta haastattelusta, Miller ja Rollnick (2002) ovat enenevässä määrin korostaneet motivoivan haastattelun henkeä kuin sen tekniikoita. Motivoivan haastattelun henkeä voidaan kuvata kolmella keskeisellä seikalla: yhteistyö, esiinkutsuminen eli evokaatio ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden eli autonomian kunnioittaminen.

Ennen varsinaista uuteen kokonaisuuteen perehtymistä lähdettiin liikkeelle edellisten kehittämisiltapäivien tapaan kokemuksien jakamisella uusien työmenetelmien pilotoinnista. Työntekijät olivat pilotoineet uusia työmenetelmiä työssään kuntoutujien kanssa. Kokemuksistaan työntekijät olivat pitäneet kirjaa ja lisäksi he arvioivat menetelmien soveltuvuutta työhönsä. Tutkijakehittäjät kirjasivat kokemukset ja huomiot ylös. Kokemusten jakamiseen käytettiin runsaasti aikaa ja tutkijakehittäjien rooli oli edelleen työohjauksellinen.

Motivoivan haastattelun hengen omaksumisessa lähdettiin liikkeelle pohtimalla yhdessä, miten muutosvalmiuden edellytykset ovat ihmisessä itsessään, ja miten haastattelun keinoin kutsutaan esiin kuntoutujan luontaista muutosta. Keskeisenä periaatteena on, että työntekijä ilmaisee oikea-aikaista, osuvaa empatiaa ja vahvistaa kuntoutujan pystyvyyden tunnetta. Osuva empatia tarkoittaa sitä, että työntekijän osoittama empatia on sidoksissa kuntoutujan ja juuri siihen tilanteeseen mitä käsitellään. Haastattelun aikana vältetään väittelyä mutta samaan aikaan voimistetaan kuntoutujan henkilökohtaisten arvojen ristiriitaa, toisaalta-toisaalta asetelmaa. Auttamalla kuntoutujaa näkemään ristiriitaa nykyisen tilanteen hyötyjen ja muutoksen tuomien etujen suhteen, voidaan vaikuttaa siihen, että kuntoutuja lähtee suuntaamaan kohti muutosta. Tähän etujen ja haittojen tarkasteluun soveltuu erittäin hyvin aiemmin harjoiteltu työmenetelmä, nelikenttä.

Motivoivan haastattelun hengen omaksumisessa on tärkeää muistaa neljä keskeistä perustaitoa eli VAHTI -periaate: vahvistaminen, avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu ja tiivistäminen. Vahvistamisella tarkoitetaan aidon kiinnostuksen osoittamista kuntoutujaa kohtaan sekä hänen itsetuntonsa ja asiantuntijuuden tukemista. Avoimilla kysymyksillä tarkoitetaan kysymyksiä, joihin ei voi vastata ainoastaan kyllä tai ei, vaan ne kutsuvat kuntoutujaa kertomaan tarkemmin omasta tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuk-

sistaan. Heijastavan kuuntelun avulla työntekijä varmistaa onko hän ymmärtänyt oikein sen, mitä kuntoutuja tarkoittaa. Siinä työntekijä toimii ikään kuin kuntoutujan ajatusten ja tuntojen peilinä. Tiivistämisellä eli kuullun yhteen vetämisellä osoitetaan se, että kuntoutujaa on todella kuunneltu. Se on samalla tilaisuus korjata väärinymmärryksiä ja vähentää tehokkaasti työntekijän tekemiä omia tulkintoja tilanteesta. Tiivistämisen takaisinkerronnan vaiheessa on myös tilaisuus suunnata huomio muutoksen kannalta olennaisiin seikkoihin. (Koski-Jännes ym. 2008, 50-55.) VAHTI -periaatteen toteutumista tarkasteltiin ja pohdittiin työryhmän (fysiatri ja kaksi fysioterapeuttia) työskentelyssä ja jokainen löysi omat vahvuutensa sekä kompastuskivensä.

Perehdyimme yhdessä ansoihin, joihin aloitteleva motivoivan haastattelun tekniikkaa, ja ennen muuta haastattelun henkeä, opetteleva työntekijä voi helposti langeta. Millerin (1991) mukaan motivoivan haastattelun tekijä voi joutua ansoihin, jotka uhkaavat haastattelun ilmapiiriä, voivat tehdä koko haastattelun mahdottomaksi toteuttaa eivätkä vie haastattelua eteenpäin. Ansaan joutumisen huomaa kitkasta, jota haastattelussa esiintyy. Pahimmassa tapauksessa kuntoutujalle haitallinen toiminta on jatkunut tai jopa lisääntynyt haastattelun jälkeen. Näiden riskien vuoksi on tärkeää, että haastattelija tarkkailee omia taitojaan.

Motivoivan haastattelun ansoja ovat kysymys-vastaus-, kannanotto-, asiantuntija-, leimaamis-, kiirehtimis- ja syyttämisansat. Lisäksi tarkastelimme aloittelevan haastattelijan neljää keskeistä haastetta, joita ovat malttamattomuus, ylivarovaisuus, avointen kysymysten ansa ja yliempaattisuus. Malttamattomuudella tarkoitetaan työntekijän yksipuolista kiinnostusta kuntoutujan muutoslauseista, jolloin korostuu ohjaamisen sekä neuvomisen tarve. Ylivarovainen työntekijä pyrkii kaikin keinoin välttämään ristiriitaa, jota taas toisaalta tarvitaan muutostyöskentelyssä motivoivan haastattelun periaatteiden mukaan. Avointen kysymysten ansassa työntekijä kerää kysymyksillä valtavasti tietoa ja juuttuu ”informaatiohumalaan” auttamatta kuntoutujaa näkemään tilanteessa muutoksen mahdollisuutta. Yliempaattinen työntekijä uskoo liikaa myötäelämisen muutosvoimaan.

Ansojen taustalla voi olla työntekijän aikaisemmin pinttynyt ajattelutapa, joka ohjaa häntä toimimaan totutulla tavalla ja samalla unohtamaan motivoivan haastattelun hengen ja tekniikat. Syinä tähän voi olla esimerkiksi työntekijän väsymys ja kiire. Kuntou-

tujalla ei jää huomaamatta kysymysten sävyt ja sanojen asettamiset. Työntekijä voi huomata joutuneensa ansaan esimerkiksi siitä, että asiakas hermostuu, haastattelun tunnelma on epämiellyttävä, syntyy väittelyä, asiakas ei ole kiinnostunut työntekijän puheesta tai asiakas ei tuota spontaanisti mitään uutta. Työntekijälle jää tuntemus, että yhteistyötä ei synny. (Koski-Jännes ym. 2008, 78.) Työntekijät refleктоivat omaa työtään kuntoutujien parissa ja tunnistivat omassa työssään esiintyviä ansoja sekä aloittelevan haastattelijan haasteita.

Motivoivan haastattelun teoreettisen osion sekä oman työn refleктоimisen jälkeen palasimme ensimmäiseen havainnointiaineistoon. Tästä aineistosta tutkijakehittäjät olivat poimineet lyhyitä videoklippejä jokaisen työntekijän työskentelystä. Katsoimme yhdessä videoklippejä ja poimimme sieltä onnistuneita elementtejä motivoivan haastattelun hengen omaksumisesta sekä haastattelun ansoja. Pohdimme yhdessä ongelmatilanteita ja etsimme vaihtoehtoisia toimintatapoja, joissa hyödynnetään motivoivan haastattelun tekniikoita.

Uutena tehtävänä, jota työntekijät voivat omassa työssään pilotoida, esiteltiin voimavarakysymyksiä. Tutkijakehittäjät olivat keränneet SOSWEB –Sosiaalityön työmenetelmät -sivustolta (hakupäivä 4.11.2012) listan voimavarakysymyksiä, joita tarkasteltiin yhdessä. Kävimme myös keskustelua niiden soveltuvuudesta haastattelutilanteisiin. Voimavarakysymyspatteristosta valikoitiin heidän työhönsä pilotoitavat kysymykset.

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Toisen havainnointiaineiston kerääminen tapahtui joulukuussa 2012 – tammikuussa 2013. Havainnointiaineisto kerättiin samalla tavoin kuin ensimmäinen havainnointiaineisto eli lähtötilanteen kartoitus. Tutkijakehittäjät videoivat kaksi fysioterapeutin ja kuntoutujan sekä yhden lääkärin ja kuntoutujan tapaamisen. Videoinnin jälkeen sekä työntekijä että kuntoutuja haastateltiin erikseen heti tapaamisen jälkeen ja lopuksi he saivat täytettäväkseen strukturoidun kysymyslomakkeen. Haastattelut nauhoitettiin nauhurilla.

Toisessa havainnoinnissa tutkijakehittäjät kiinnittivät huomioita erityisesti siihen miten interventioiden vaikutus näkyi työntekijän työskentelytavoissa kuntoutujan kanssa. Havainnoinnin kohteena oli motivoivan haastattelun hengen omaksuminen sekä kuntoutujan aito kuunteleminen ja osallisuuden vahvistaminen omaan kuntoutumisprosessiinsa.

Haastattelujen mukaan kuntoutujat kokivat vastaanottokäynnin menneen hyvin ja saaneensa apua. He kokivat, että työntekijät olivat aidosti kiinnostuneita heidän asioistaan ja he tulivat kuulluksi. Työntekijöiden osoittamat eleet ja ilmeet vahvistivat kuntoutujien kokemusta kuulluksi tulemisesta.

Työntekijän substanssiosaamiseen luotettiin ja kuntoutujalle tuli kokemus siitä, että työntekijä halusi selvittää ongelmien alkuperän syyt ja hoitokeinot ongelmiin. Kuntoutujille oli tullut vaikutelma siitä, että työntekijät pitävät työstään.

Vuorovaikutustilanteessa oli syntynyt luottamus työntekijää kohtaan. Kuntoutujat kokivat työntekijöiden tulleen läheisiksi ja työntekijöille oli ollut helppo puhua omasta tilanteesta. Kuntoutujille jäi pääosin vaikutelma siitä, että työntekijät pyrkivät antamaan oikeanlaista apua.

Työntekijöiden kokemukset toisen havainnoinnin jälkeen tehtyjen haastattelujen mukaan olivat ristiriitaiset. Jos vastaanotto oli sujuva ja työntekijän arvion mukaan selkeä, ei uusia työmenetelmiä välttämättä tarvinnut käyttää. Jos kuntoutuja esitti itse tavoitteen, oli työntekijän helppo lähteä työskentelemään tavoitteen suuntaisesti. Kuntoutujan tarjotessa ”tärppejä” työntekijällä oli valmiudet tarttua niihin.

Työntekijät huomasivat pohtineensa, miten ja missä tilanteissa uusia työmenetelmiä voisi käyttää vastaanoton aikana. Kysymysten asettelua pohdittiin ja se tuotti ajoittain hankaluuksia, samoin kuin motivoivan haastattelun periaatteiden toteutuminen. Työntekijät huomasivat syyllystyneensä muun muassa siihen, että he asettivat asiakkaan informaatiotulvaan, ja joissain tilanteissa avointen kysymysten sijaan lähdettiin tarjoamaan valmiita vastauksia tai ratkaisuja. Työntekijät kokivat epävarmuutta uusien työmenetelmien käytännön toteutuksessa. Uusien työmenetelmien käyttöön liittyi myös jännitystä.

Yksittäisen asiakkaan kanssa työskentelyyn varattu aika tuotti jonkin verran haasteita. Uusien työmenetelmien käyttöönoton myötä työntekijät pohtivat sitä, riittääkö heillä aika ohjaukseen ja ehtivätkö he selvittää kuntoutujan tilanteen riittävän perusteellisesti. Toisaalta kaikki pysyivät aikatauluissa mutta se vaati työntekijältä joustavuutta. Työntekijät näkivät uusissa työmenetelmissä mahdollisuuksia mutta niiden automaattinen käyttö vaatii vielä aikaa sisäistää työmenetelmät sekä lisää käytännön työkokemusta niiden käytössä.

Havainnointiaineiston analyysin tulosten mukaan työntekijän toiminnassa on tapahtunut merkittäviä muutoksia. Verrattaessa MISC -menetelmällä lähtötilannetta ja interventioiden jälkeistä tilannetta voidaan todeta työntekijöiden omaksuneen motivoivan haastattelun henkeä. Alla kuvatuissa taulukoissa (taulukko 10-13) kuvataan muutosta ensimmäisen ja toisen havainnoinnin välillä. Ensimmäisen havainnoinnin pisteytys on kuvattu taulukossa punaisella värillä ja interventioiden jälkeisen havainnoinnin pisteytys vihreällä.

TAULUKKO 10: Yleisarvio työntekijöistä. MISC -analyysin vertailu ensimmäisen ja toisen havainnoinnin välillä.

HYVÄKSYNTÄ	1 2 3 <u>4</u> 5 <u>6</u> 7
TASAVERTAISUUS	1 2 <u>3</u> 4 5 <u>6</u> 7
EMPATIA/ OIKEA YMMÄRRYS	<u>1</u> 2 3 4 5 <u>6</u> 7
AITOUS	1 2 3 4 <u>5</u> <u>6</u> 7
YSTÄVÄLLISYYS	1 2 3 4 <u>5</u> <u>6</u> 7
MOTIVOIVAN HAASTATTELU	1 2 <u>3</u> 4 5 <u>6</u> 7
HENGEN OMAKSUMINEN	

☐

TAULUKKO 11: Keskiarvio kuntoutujista. MISC -analyysin vertailu ensimmäisen ja toisen havainnoinnin välillä.

TUNNEILMAISU	1 2 <u>3</u> <u>4</u> 5 6 7
YHTEISTYÖKYKY	1 2 3 4 <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>
AVOIMUUS	1 2 3 <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> 7
SITOUTUNEISUUS	1 2 3 4 <u>5</u> <u>6</u> 7

TAULUKKO 12: Yleisarviot vuorovaikutuksesta. MISC -analyysin vertailu ensimmäisen ja toisen havainnoinnin välillä.

YHTEISTYÖ	1 2 3 <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> 7
HYÖTY	1 2 3 4 <u>5</u> <u>6</u> 7

□

Mitä viet työhösi, miten oppimasi kiinnittyy työelämään?

Kehittämistyöhön osallistuneet työntekijät kokivat, että heidän ajatusmaailmassaan oli tapahtunut suuria muutoksia. He kokivat sisäistäneensä menetelmiin liittyvän taustateorian ja ymmärtäneensä sen mitä menetelmillä haetaan eli menetelmän ydinasian. Jokainen työntekijä oli ottanut työssään käyttöönsä uusia työmenetelmiä.

Työntekijät kokivat, että he osaavat interventioiden jälkeen tehdä asiat paremmin näkyväksi kuntoutujalle. He opettelivat käyttämään avoimia kysymyksiä haastattelutilanteessa ja käyttivät myös takaisinkerrontaa. Kuntoutujan kiittäminen pienistäkin asioista, mitä tämä oli tehnyt ja kuntoutumiseen liittyvien edistysaskelien huomioiminen oli tullut luonnolliseksi tavaksi toimia erilaisissa työtilanteissa. Työtapojen muuttaminen oli vaatinut paljon tietoista opettelua. Muutosvaihemallin kautta työntekijät olivat ymmärtäneet paremmin sen, mitä kuntoutumisvalmiuksia kuntoutujalla on ja sen kuinka kuntoutujaa autetaan eteenpäin kuntoutumisprosessissa. Työntekijät olivat oivaltaneet myös sen, että kuntoutumisprosessin alkuvaiheessa olevaan kuntoutujaa ei voi kiirehtiä etenemään prosessissa. Tärkeä havainto oli se miten työskentelyssä tulee edetä kuntoutujalähtöisesti. Työntekijät kokivat huojennusta kun oivalsivat, että esiharkinta- ja harjontavaiheessa olevalta kuntoutujalta ei voida vaatia suoraa toimintavaihetta, vaan motiivointi- ja sitouttamistyö on aina tehtävä, ja se on aivan yhtä arvokasta kuin toimintavaiheeseen liittyvä toiminta. Työntekijät kokivat, että interventioiden jälkeen heidän oli helpompi kohdata ihminen, joka on esiharkintavaiheessa omassa kuntoutumisprosessissaan.

Työntekijät olivat omaksuneet motivoivan haastattelun hengen ja avoimien kysymysten tärkeyden. He pitivät erittäin havainnollistavana sitä, että olivat joutuneet katsomaan omaa työskentelyään videolta, ja näin huomanneet sen miten työntekijälähtöisesti he olivat ajoittain toimineet. Tämä oli motivoinut työntekijöitä kiinnittämään huomiota kehittämiskohtiin omassa työskentelytavassaan ja omaksumaan uusia työtapoja.

Kuntoutujan osallisuutta tukeva ja kuntoutujaa motivoiva toimintatapa

Tämän toimintatutkimuksena tehdyn kehittämistyön tuloksena syntyi kuntoutujan osallisuutta tukeva toimintamalli, joka rakentuu transteoreettisesta muutosvaihemallista, kuntoutumisvalmiuden käsitteestä, osallisuuden portaista ja motivoivan haastattelun periaatteita korostavasta motivoivasta toimintatavasta (kuvio 3).

KUVIO 3: Kuntoutujan osallisuutta tukeva toimintamalli

Toimintamallin ydin on, että työntekijän tulee ensin ymmärtää ja sisäistää transteoreettinen muutosvaihemalli (Prochaska 1979; Prochaska & Di Clemente 1992), joka perustuu tutkittuun tietoon ja työntekijöiden hiljaiseen tietoon. Tässä kohtaa hiljainen tieto tarkoittaa työntekijöiden substanssiosaamisesta ja työkokemuksesta noussutta osaamista. Ymmärtämällä kuntoutujan tilannetta transteoreettisen muutosvaihemallin kautta työntekijä pystyy tukemaan kuntoutujaa siirtymään vaiheesta toiseen ja auttamaan kuntoutuja tarkastelemaan omaa elämäntilannettaan ja motiiveja osallistua omaan kuntoutumiseensa.

Kuntoutumisvalmius liittyy ihmisen mielenkiintoon omaa kuntoutusta ja kuntoutumista kohtaan ja hänen itseluottamukseen osallistua siihen. Se ei tarkoita kykyä saavuttaa asetettuja tavoitteita, vaan pikemminkin haluun ja tarpeeseen laatia omaan elämään liittyviä tavoitteita ja sitoutua työskentelemään tavoitteiden suuntaisesti. (Farkas ym. 2000, 40-45.) Tukemalla kuntoutumisvalmiutta kuntoutujaa autetaan siirtymään muutosvaiheesta toiseen, joka puolestaan vahvistaa kuntoutujan osallisuutta.

Kuntoutujan osallisuutta tukevassa toimintamallissa kuntoutuja kulkee osallisuuden portailla ikään kuin alhaalta ylöspäin ja työntekijä samaan aikaan ylhäältä alaspäin. Osallisuuden portaat koostuvat viidestä eri portaasta (Shier 2001, 108-109), joita ovat alhaalta ylöspäin: Kuntoutujaa kuullaan, tuetaan kuntoutujaa kertomaan mielipiteensä, kuntoutujan näkemykset otetaan huomioon, kuntoutuja on mukana päätöksenteossa sekä vallan ja vastuun jakaminen.

Konkreettiset työvälineet, joita voi hyödyntää toimintamallin toteutumisessa, on kuvattu tämän raportin interventio-osuudessa.

Esiharkintavaiheessa oleva kuntoutuja ei tiedosta nykyisen tilanteensa haittoja eikä koe tarvetta muutokseen. Kuntoutujalta puuttuu rohkeus muutokseen tai hän on haluton muutokseen. Kuntoutuja voi olla vuosia tässä vaiheessa. (Prochaska ym. 1994a.) Työntekijän keskeinen tehtävä on rakentaa luottamuksellista suhdetta. Työntekijä auttaa kuntoutujaa tutkimaan kuntoutuksen etuja ja haittoja sekä kuntoutumiseen hakeutumisen syitä. Kuntoutujaa tulee kiittää ja osoittaa empatiaa hänen elämäntarinaansa kohtaan. Työntekijän tulee osoittaa kuntoutujalle, että hän on aina tervetullut seuraavalle tapaamiselle.

Esiharkintavaiheessa olevan kuntoutujan kuntoutumisvalmiudessa on kyse tarpeesta muutokseen. Tässä vaiheessa kuntoutuja hakeutuu kuntoutukseen ulkoisen muutostarpeen ohjaamana. Muutospaineita luovat viranomaiset ja läheiset sekä organisaatioiden ja instituutioiden muutokset. (Peltomaa 2005, 23.) Kuntoutujan kuuleminen on osallisuuden portaiden mukaan keskiössä tässä kuntoutuksen vaiheessa. Työntekijän näkökulmasta korostuu vallan ja vastuun jakaminen.

Harkintavaiheessa oleva kuntoutuja harkitsee muutosta ja tiedostaa ongelmansa. Haitallisten toimintatapojen käsittäminen on vielä puutteellista eikä kuntoutuja ole vielä täysin vakuuttunut muutoksen tarpeesta. Työntekijän tehtävänä on hyväksyä ambivalenssi. Työntekijä kutsuu esiin muutospuhetta ja auttaa kuntoutujaa keskittämään huomion muutoksen etujen puolelle. Kuntoutujan tuottamaa muutospuhetta takaisin kerrotaan ja rohkaistaan kuntoutujaa muutoksen hyötyjen ja haittojen tarkastelemiseen. Tässä vaiheessa on tärkeää selvittää kuntoutujan odotukset omalle hoidolleen ja kuntoutukselleen. (Prochaska ym. 1992, 61.)

Kuntoutumisvalmiuden mukaan harkintavaiheessa olevalla kuntoutujalla on herännyt sisäinen muutostarve. Kuntoutuja on tyytymätön nykyiseen elämäntilanteeseen. Tyytymättömyys voi liittyä päivittäiseen elämään, oppimiseen, työtilanteeseen tai sosiaaliseen ympäristöön. (Peltomaa 2005, 23-24.)

Osallisuuden portaiden idean mukaisesti kuntoutujaa tuetaan kertomaan mielipiteensä. Työntekijän keskeinen rooli on ottaa kuntoutuja mukaan kaikkeen päätöksentekoon.

Valmisteluvaiheessa oleva kuntoutuja suunnittelee muutosta yksityiskohtaisemmin ja valmistautuu toimimaan. Kuntoutuja valmistautuu henkisesti ja kerää voimia muutokseen. Hän on voinut jo kokeilla jonkin verran muutosta. Työntekijän tehtävänä on kiittää ja kehua muutospäätöstä ja selvittää kuntoutujan omat tavoitteet. Muutoksen esteitä tutkitaan ja poistetaan. Työntekijä ja kuntoutuja etsivät ratkaisuja tilanteeseen yhdessä. Työntekijä kannustaa konkreettiseen toimintaan ja tukee kuntoutujan itsetuntoa. Korvaavia toimintoja aikaisempien toimintatapojen tilalle keksitään yhdessä ja vähennetään kiusausta palata vanhoihin toimintatapoihin. Keskeistä on tukiverkoston rakentaminen kuntoutujan arkeen.

Kuntoutumisvalmiuden mukaan valmisteluvaiheessa oleva kuntoutuja sitoutuu muutokseen ja tulee tietoiseksi ympäristöstä. Sitoutuminen muutokseen vaatii kuntoutujalta uskoa muutoksen mahdollisuuteen ja siihen, että omalla toiminnalla on merkitystä. Tähän vaikuttaa aikaisemmat kokemukset muutosyrityksistä. Sitoutuminen tarvitsee luottamusta siihen, että ihminen kykenee hallitsemaan muutosta. Myös käsitys saatavilla olevasta tuesta vaikuttaa sitoutumiseen. Tietoisuus ympäristöstä pitää sisällään ympäristön mahdollisuudet ja rajoitukset. Tähän kuuluu elinympäristö, opiskelu- ja työ- sekä sosiaalisen toiminnan ympäristöt. Kuntoutuja alkaa hahmottaa missä rooleissa hän haluaa tulevaisuudessa toimia näissä ympäristöissä. (Farkas ym. 2000, 44-45.)

Osallisuuden portaalla kuntoutujan näkemykset otetaan huomioon ja kuntoutuja on aktiivisesti mukana päätöksenteossa. Työntekijälle keskeistä on tukea kuntoutujaa kertomaan mielipiteensä.

Toimintavaiheessa kuntoutuja on kokeillut uusia toimintatapoja 3-6 kuukauden ajan ja soveltaa käytännössä suunnitelmiaan. Kuntoutuksessa eletään ”kuherruskuukautta” ennen vaikeampia haasteita. (Prochaska ym. 1994a.; Poskiparta 2002, 27.) Toimintavaiheessa kuntoutuja arvioi uudelleen minäkuvaansa. Työntekijän tehtävä on pitää yhteyttä kuntoutajaan ja kannustaa pysymään tavoitteissa. Työntekijä tekee pienet edistysaskeleet näkyviksi ja kertoo muutoksen hyötyjä. Riskitilanteisiin ja niistä selviämiseen valmistaudutaan, myös mahdollisiin retkahduksiin on syytä valmistautua.

Kuntoutumisvalmiuden mukaan kuntoutuja tulee tietoiseksi itsestä, eli mistä hän pitää, mikä häntä kiinnostaa ja millaisena hän pitää itseään. Kuntoutuja pohtii mitä hän pitää itselleen tärkeänä ja mitä hän tulevaisuudeltaan haluaa. Kuntoutuja tulee tietoiseksi omista arvoistaan, tavoitteistaan sekä omista vahvuuksistaan ja puutteistaan. (Farkas ym. 2000, 43.)

Osallisuuden portailla tärkeinä on, että kuntoutuja on mukana päätöksenteossa ja työntekijä tukee kuntoutujaa kertomaan mielipiteensä. Näin tapahtuu valtaistumista.

Ylläpitovaiheessa kuntoutuja on ollut sitoutunut muutokseen yli kuuden kuukauden ajan. Kuntoutuja on oppinut tunnistamaan ja kartoittamaan yllykkeet, jotka voivat johdattaa vanhoihin toimintatapoihin. Kuntoutuja ylläpitää saavuttamia muutoksen etuja. Työntekijän tehtävä ylläpitovaiheessa on tukea elämäntapamuutosta. Työntekijä vahvistaa kuntoutujan ratkaisukykyä ja pystyvyyden tunnetta. Tässä vaiheessa on tärkeää laatia pitkän tähtäimen suunnitelmia ja seurantasuunnitelma, jossa tarkastellaan kuntoutumisen etenemistä. Yhdessä keksitään selviytymiskeinoja mahdollisten retkahdusten varalle. (Prochaska ym. 1994a., Poskiparta 2002, 28.)

Kuntoutumisvalmiuden kannalta kuntoutujan tyytyväisyys yhteistyösuhteeseen työntekijän kanssa on yhteydessä kuntoutumisen edistymiseen. Yhteisyssuhteiden osalta tulee huomioida, että vuorovaikutustilanteessa on aina vähintään kaksi osapuolta ja molemmat vaikuttavat tilanteeseen. (Farkas ym. 2000, 40-42.)

Osallisuuden portaikolla kuntoutuja on kivunnut vallan ja vastuun jakamisen portaalle. Työntekijän keskeinen tehtävä osallisuuden portaalle on kuulla kuntoutujaa ja vähitellen jäädä taka-alalle.

Kehittämistyön tuloksena syntynyttä kuntoutujan osallisuutta tukevaa toimintamallia ympäröi motivoiva toimintatapa, jossa keskeistä on omaksua motivoivan haastattelun henki. Motivoivan haastattelun henkeä kuvataan kolmella keskeisellä seikalla: yhteistyö, evokaatio ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Motivoivan haastattelun hengen omaksumisessa tarvitaan neljää keskeistä perustaitoa eli VAHTI –periaatetta: vahvistamista, avoimia kysymyksiä, heijastavaa kuuntelua ja tiivistämistä. (Koski-Jännes ym. 2008, 50-51.) Syntyneessä toimintamallissa kuntoutuja ja työntekijä eivät välttämättä etene järjestelmällisesti vaiheesta toiseen, vaan kaikki nämä vaiheet ovat läsnä kuntoutusprosessissa ja ne tulee ymmärtää kokonaisuutena. Ideaalitulanteessa kuntoutujan ja työntekijän vuorovaikutus on ikään kuin sujuva paritanssi, jossa ollaan tasavertaisina kumppaneina ja askeleet sovitellaan yhteen.

7 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI

Kuvaamme kehittämistyön arviointia tässä kappaleessa yhteenvetona, sillä käytännössä arviointi toteutui koko kehittämistyön ajan jokaisessa prosessin vaiheessa, aina suunnittelupalavereista viimeiseen havainnointiin asti. Arviointi kulkee siis jo raportissa prosessina ohjaten ja vaikuttaen aina prosessin sisältöön ja suuntaan.

Arviointi seurasi mukana koko kehittämisprosessin ajan. Arviointidokumentteina käytettiin kehittämistyöhön osallistuneiden jokaisen intervention jälkeen tekemiä palautteita sekä kehittäjätyöntekijöiden omia päiväkirjamerkintöjä kaikissa prosessin vaiheissa. Lisäksi arviointitietoa saatiin fysioterapeuttien kirjoittamista opintopäiväkirjoista, tutkijakehittäjien kirjoittamista suunnitteluvaiheen muistioista, tutkijakehittäjien päiväkirjoista helmikuusta 2012 kesäkuuhun 2013, fysioterapeuttien ja asiakkaiden palautelomakkeista pilotointivaiheessa sekä loppuarviointikeskustelun dokumenteista ja fysiatrian erikoislääkärin pilotoinnin arvioinnista. Kehittämisprosessin kuluessa arviointitietoa käytettiin hyväksi prosessin seuraavia vaiheita suunniteltaessa.

7.1 Kehittämisen prosessin arviointi

Kehittämistyöhön osallistujat toivoivat, että he saisivat interventioiden aikana uusia toimintamenetelmiä ns. ”keltaisen lipun” asiakkaiden kuntoutukseen. Toimintamenetelmien uudistamiseen he odottivat sekä asioiden teoreettista tarkastelua että teemaan liittyvien asioiden yleistä yhteistä pohdintaa. Työntekijät kaipasivat esimerkkitalanteiden käsittelyä, joiden avulla teoria kiinnittyy käytäntöön. Suurena haasteena he kokivat asiakkaiden oman sitoutumisen kuntoutumisprosessiinsa. Toisena yhteistä käsittelyä vaativana asiana kehittämistyöhön osallistuvat ammattihenkilöt kokivat sen, miten he voisivat kuntoutuksessa aikaisempaa paremmin huomioida asiakkaidensa yksilöllisen elämäntilanteen. Näihin haasteisiin osallistujat toivoivat apua ja uusia keinoja.

Yhteisten tapaamisten edetessä kehittämistyöhön osallistuvat työntekijät kaipasivat kokemusten jakamista uusista pilotoiduista työmenetelmistä ja -välineistä. Muutosvaihemalliin ja motivoivaan haastatteluun liittyvien teoreettisten perusteiden ymmärtämiseen odotettiin syvällisempää paneutumista. Työmenetelmien käyttämiseen he kokivat tarvitsevänsä konkreettisia lisäohjeita.

Työntekijät odottivat palautetta asiakkaiden kohtaamiseen liittyneiden tilanteiden havainnoinneistaan sekä niiden pohjalta syntyneiden haasteiden käsittelyistä. Työntekijät kaipasivat tilaa keskustelulle, jossa he voivat käydä läpi ja vertailla käytännön kokemuksiaan uusien työvälineiden käyttämisestä.

Arviointitiedon hyödyntäminen

Kehittämistyöhön liittyneisiin interventioihin osallistuneiden työntekijöiden yhteisiin tapaamisiin kohdentamat odotukset täyttyivät hyvin. Työntekijät kokivat, että tapaamisten yhteydessä heidän tärkeiksi kokemat asiat esitettiin käytännönläheisesti ja selkeästi esimerkkien avulla. Kuntoutujaesimerkkien käyttäminen interventioiden toteutuksissa selkeytti teorian ja käytännön yhdistämistä. Työntekijät kokivat saaneensa konkreettisia työvälineitä, joita he pystyivät käyttämään työssään heti. He testasivat uusien työvälineiden soveltuvuutta ja toimivuutta omissa arjen työtilanteissa välittömästi yhteisten interventioiden jälkeen. Työntekijät kokivat saaneensa selkeitä ideoita ja ohjeita myös

siihen, miten he voivat edelleen kehittää työmenetelmiä paremmin omaan työhönsä soveltuviksi. Työntekijät olivat innostuneita ja motivoituneita uuden oppimiseen.

Työntekijät kokivat tärkeäksi sen, että saivat interventioiden yhteydessä nähdä omasta toiminnastaan kuntoutuja-asiakkaiden kohtaamiseen liittyviä videoituja tilanteita, jotka sisälsivät muun muassa tilanteita missä työntekijä haastattelee kuntoutujaa. Videoitujen tilanteiden havainnoinnissa huomio kiinnitettiin muun muassa siihen tarttuuko työntekijä kuntoutujan tarjoamiin ”tärppeihin” eli kuntoutuja-asiakkaan tilanteissa itse esille nostamiin asioihin sekä siihen, vahvistaako ja kannustaako työntekijä asiakasta. Näin työntekijät arvioivat omaa tapaansa työskennellä ja saivat tiedon sen hetkisestä työskentelytavastaan. Tämä tieto oli motivoinut työntekijöitä kehittämään omia työ- ja toimintatapojaan, mm. motivoivan haastattelun periaatteiden toteuttamista kuntoutustilanteissa ja kuntoutujan haastattelussa.

Mitä olisi voitu tehdä toisin interventioissa?

Suurin haaste interventioiden toteutuksessa liittyi siihen, miten rajallinen aika riittää kaikkien asioiden käsittelyyn. Aikaa olisi tarvittu lisää erityisesti uusien työmenetelmien käyttöön liittyvien kokemusten jakamiseen. Osallistujat kokivat keskustelut oman oppimisensa kannalta hedelmälliseksi ja tärkeiksi. Työtovereilta saatiin uusia vinkkejä työmenetelmien käyttöön. Osa kehittämistyöhön liittyneistä uusista työmenetelmistä olisi pitänyt käydä läpi parityöskentelynä, jotta uusi asia olisi ollut helpompi omaksua. Aikaa olisi tarvittu enemmän myös jokaisen työntekijän työstä tuotettujen videoklippien katsomiseen ja analysointiin yhdessä.

7.2 Kehittämistyön tulosten hyödynnettävyys

Miten työvälineet toimivat käytännössä?

Työntekijät olivat käyttäneet työssään Hyvän elämän puuta, Myönteisten kokemusten kalenteria, Muutoksen tukeminen –haastattelua, Näkymiä verannalta -kortteja, Ajankäytön seurantalomaketta, Minä ja tavoitteeni –lomaketta, Mitä kivusta ja uupumuksesta on seurannut –lomaketta sekä käyttäneet motivoivan haastattelun periaatteita asiakashaastatteluisaan. Uusien menetelmien käyttämisen avulla keskustelu kuntoutujan elämänti-

lanteesta ja ajatuksista oli auennut ihan eri tavalla kuin aikaisemmin. Työntekijät huomasivat positiivista vastetta motivoivan haastattelun käyttämisestä. Uusi työtapo oli voimaannuttanut työntekijöitä ja työntekijät olivat tunteneet aidosti auttaneensa kuntoutujaa. Työntekijät ovat ottaneet työssään uudenlaisen roolin, jossa he huomioivat kuntoutujan sen hetkisen elämäntilanteen ja lähtevät toteuttamaan kuntoutusta siihen kiinnittyvistä lähtökohdista. Työntekijät ovat herkkiä kuulemaan kuntoutujan todelliset tarpeet ja toimimaan niiden mukaan. Tarvittaessa työntekijät järjestävät kuntoutujalle oman toimialueensa ulkopuolista apua. Kuntoutujilta saatu välitön palaute uusien menetelmien käytöstä on ollut positiivista.

Interventioiden jälkeen työntekijät olivat aloittaneet ryhmämuotoisen kuntoutuksen, jossa he käyttävät kehittämistyössä tuotettuja uusia työmenetelmiä ja -välineitä. Ryhmässä on käytössä muun muassa Hyvän elämän puu, Minä ja tavoitteeni, Myönteisten kokemusten kalenteri, Sisäinen valmentaja, Mitkä ovat vahvuutesi sekä kartoitus kivunhallintakeinoista. Työntekijöiden tekemien havaintojen mukaan menetelmistä on ollut hyötyä. Kuntoutujien kipuun liittyvä pelkokäyttäytyminen on vähentynyt ja motivaatio itsehoitoon on parantunut. Ryhmämuotoiseen kuntoutukseen osallistuneiden itsearvostus ja mieliala on noussut ja he ovat alkaneet panostamaan itsestä huolehtimiseen. Lisäksi ryhmään osallistuneet ovat kokeneet tärkeäksi vertaistuen.

Uusien työmenetelmien ja -välineiden käyttö ryhmässä on ollut työntekijöiden mukaan helppoa ja luontevaa. Keskustelutilanteet ryhmään osallistuneiden kuntoutujien kanssa ovat olleet hedelmällisiä. Työntekijät ovat olleet yllättyneitä siitä, että kun annetaan tilaa, niin kuntoutujilla on suuri tarve puhua ja tulla kuulluksi.

7.3 Toimintamallin jatkokehittäminen

Merkittävimmän jatkokehittämishaasteena muodostaa se, miten jatketaan ja laajennetaan uuden toimintamallin ja uusien työmenetelmien juurruttamista sekä lääkärin että fysioterapeuttien työssä. Toisen kehittämishaasteen muodostaa mallin kehittämiseen liittyvä menetelmien toimivuuden jatkuva arviointi. Dokumentoitua tietoa menetelmien käytöstä työssä tulee kerätä suunnitellusti ja jatkuvasti. Eli toimintamallin vaikuttavuuden arviointia tulee tehdä systemaattisesti. Tämän tiedon avulla mallia ja siihen liit-

tyviä työvälineitä voidaan jatkossa kehittää paremmin vastaamaan juuri kuntoutuspalveluiden toimintatarpeita.

Toisena jatkokehittämishaasteena on uusien työmenetelmien ja toimintamallin soveltaminen ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa. Ryhmässä tapahtuva kuntoutus on yleistä selkäviviasta kärsivien asiakkaiden kuntoutuksessa: se on kustannustehokasta ja lisäksi se tarjoaa mahdollisuuden vertaistukeen. Kehittämistyössä syntynyt toimintamalli ja uudet työvälineet on pilotoitu vasta yksilötapaamisilla, mutta niiden toimivuutta ja vaikeavuutta on syytä arvioida myös ryhmäkuntoutuksessa. Jatkokehittämishaasteena voidaankin pitää ryhmämuotoisen kuntoutuksen uusimista siten, että myös siinä huomioidaan psykososiaaliset riskitekijät kuntoutumisen kannalta.

Tutkimukseen osallistui yksi fysiatrian erikoislääkäri ja kaksi fysioterapeuttia. He ovat olleet kehittämässä alusta asti uutta toimintamenetelmää, jossa huomioidaan psykososiaaliset riskitekijät selkäkipupotilaiden kuntoutuksessa. Jatkossa tätä kehittämisprosessissa syntyneitä uutta toimintamallia ja uusia -menetelmiä on tarkoitus siirtää myös muille työntekijöille. Tässä prosessissa tähän kehittämiseen osallistuneiden fysioterapeuttien tulee toimia vastuullisina ”vetäjinä”, joilla on fysiatrian erikoislääkärin tuki toiminnalleen. Kehittämisprosessissa voidaan hyödyntää tämän kehittämistyön prosessimallia.

8 EETTISTEN ASIOIDEN HUOMIOINTI KEHITTÄMISTYÖSSÄ

Tutkimuksen toteutusta ohjasivat hyvän tutkimuksen käytännön periaatteet (mm. Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003, 5). Raportissa kuvataan ja perustellaan tutkimusprosessin aikana tehdyt valinnat ja ratkaisut.

Tutkijakehittäjät pyrkivät toimimaan niin, etteivät heidän omat asenteensa ja uskomuksensa vaikuta tutkimukseen. Objektiiivisuutta lisäsi se, etteivät he kuuluneet tutkittavaan kohderyhmään eikä tutkimuksen kohderyhmä ollut heille ennalta tuttu. Anttila (2000, 74, 400) ja Raatikainen (2006, 102) toteavat, että tutkijan on oltava objektiivinen eikä tuloksiin saa vaikuttaa tutkijan henkilökohtaiset mieltymykset.

Tässä toimintatutkimuksessa havainnoinnin keskiössä oli työntekijän toiminta potilastilanteessa. Havainnointitilanteissa tutkittiin työntekijän ja potilaan vuorovaikutussuhteita ja siinä tapahtuvia ilmiöitä. Lisäksi oltiin kiinnostuneita potilaan kohdatuksi tulemisen kokemuksista. Aina kun potilaat ovat läsnä tutkimuksessa, tulee eettiset asiat ottaa erityisen tarkasti huomioon. On erityisen tärkeää selvittää, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan tutkimuksesta ja millaisia riskejä heidän osallistumisensa sisältää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 26.)

Kirjallinen informointi ja tutkittavien vapaaehtoinen suostumus tarvitaan, kun aineisto kerätään suoraan tutkittavilta ja se tallennetaan sellaisenaan. Tutkimussuostumus on henkilön vapaaehtoinen suostumus osallistua tutkimukseen siitä annetun informaation varassa. Sen ensisijainen ja tärkein merkitys on saada tutkittavat ihmiset ymmärtämään, mihin he suostuvat. Huolella kirjoitettu informointiteksti tai suullisesti annetut lupaukset ovat olennaisia, sillä niihin perustuvat kerättävän tutkimusaineiston käyttöoikeus ja jatkokäsittelymahdollisuudet. On pyrittävä varmistamaan, että tutkimukseen osallistuvat ihmiset ovat ymmärtäneet informoinnin osa-alueiden sisällöt, joita ovat miksi ja mihin tarkoitukseen tutkimusaineistoa kerätään, miten aineistoa muokataan ja säilytetään sekä kenellä on aineiston käyttöoikeus. (Kuula 2006, 104.)

Tässä toimintatutkimuksessa yllä listatut periaatteet toteutettiin seuraavassa kuvatulla tavalla. Ennakkoon suunniteltiin kerättävän aineiston käsittelyyn liittyvät tietoturvakysymykset. Ennen tutkimusaineiston hankintaa kaikille tutkimukseen osallistuville kerrottiin tutkimuksesta ja osallistujien rooleista. He saivat kirjallisen tiedotteen tutkimuksen toteutuksesta. Ennen havainnointiaineiston ja haastattelujen keräämistä sovittiin haastattelujen toteuttamispaikoista sekä ajasta fysiatrian erikoislääkärin ja fysioterapeuttien kanssa. Haastattelujen toteuttamisvaiheessa haastateltavia informoitiin hyvien eettisten periaatteiden mukaisesti tutkimuksen taustasta ja siitä, mihin tarkoitukseen heidän vastauksiaan tullaan käyttämään. Tutkimusaineistoa käytetään ainoastaan tähän tutkimukseen, ja käyttömahdollisuus on vain tämän tutkimuksen toteuttajilla eikä aineistoa luovuteta ulkopuolisille. (Kuula 2006, 130.) Kaikista tekstitiedoista poistetaan osallistujien tunnistetiedot.

Tutkimukseen ja videoaineiston kuvaamiseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja haastatteluihin osallistuvilla vastaajilla oli mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta mihin tahan-

sa kysymykseen tai keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Haastateltavista ei kerätty erikseen tunnistetietoja. (Kuula 2006, 126-129.) Videointimateriaalissa on vaikea säilyttää osallistujan anonymiteettiä, koska tutkittavan ääni ja kuva ovat käsittelemättöminä niin kutsuttu suora tunnistetieli eli henkilötieto (ks. esim. Heath & Luff 1993; Lindlöf 1995, 214). Tästä syystä oli tärkeää korostaa osallistujille, että videoituja aineistoja ei esitetä missään muussa yhteydessä. Osallistujille kerrottiin, miten heidän anonymiteettinsä varmennettiin. Kaikilta osallistujilta pyydettiin allekirjoitus kuvaus- ja tutkimuslupa.

Tutkimustulokset tulee raportoida selkeästi ja menetelmät on selitettävä huolellisesti (Hirsjärvi 2007, 26). Tähän tutkimukseen on tehty huolellisesti aineistonhankintasuunnitelma. Havainnointimenetelmiä on kritisoitu siitä, että havainnoija saattaa häiritä ja jopa suorastaan muuttaa tilanteen kulkua. Tämä seikka huomioitiin havainnointiaineistoa analysoidessa. Tässä tutkimuksessa havainnoijan rooli oli ulkopuolinen toimija. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 202.)

Laadullisessa sisällön analyysissä kiinnitettiin huomiota myös eettisiin kysymyksiin. Tutkija on eettisesti vastuussa siitä, että tutkimustulos vastaa aineistoa (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tutkimusta julkaistaessa kiinnitettiin huomiota tutkittavien anonymiteetin kunnioittamiseen. Laadullisen sisällön analyysin luotettavuuden varmistamisessa on tärkeää, että tutkija esittää tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Tähän kuuluu esimerkiksi suorien lainausten esittäminen. Kuitenkaan tämän tutkimuksen tutkimusraportissa ei esitetä mitään sellaista, mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistuville mahdollisesti hankaluuksia tai paljastaa tutkimukseen osallistuvien henkilökohtaisia näkemyksiä. Tutkimusraportissa on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että kohdeyhteisössä ei tunnisteta tiedon tuottajaa. (Vehviläinen-Julkunen 1997.)

LÄHTEET

Ala-Kauhaluoma, M. 2000. Asiakastyön alkulähteillä. Ajatuksia ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. Kuntoutus-lehti 3/2000, 13–18.

Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? Raportteja 76. Helsinki: Tykes.

Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne C. 2002. Psychiatric Rehabilitation. Second Edition. Boston: Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation.

Antila, M. 2012. Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadun kehittämistyössä. Case-tutkimus tamperelaisten hyvinvointipalvelujärjestöjen verkostomaisesta laadunkehittämistyöstä. Tampereen yliopisto. Hakupäivä 29.3.2013 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66877/978-951-44-8752-1.pdf?sequence=1>.

Anttila, P. 2000. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Hamina: Akatiimi.

Bardy, M. 2009. Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Bogduk, N. 2005. Pain Medicine. Diagnosing Lumbar Zygapophysial Joint Pain. Hakupäivä 6.6.2013 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4637.2005.05023.x/full>

Bovend'Eerd, Botell & Wade/ Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clinical Rehabilitation 2009; 23: 352–361

Bäckmand, H. & Vuori, I. 2010. Kansalaisen omavastuu . Terve tuki- ja liikuntaelimityö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Hakupäivä 6.6.2013 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80329/d1fa552c-8d7b-4450-92df-2b9605f85604.pdf?sequence=1>

Carr, W. & Kemmis, S. 1986. *Becoming Critical. Education, knowledge and action research*. Lewes: Falmer.

Cavanagh, S. 1997. Content analysis: concepts, method and applications. *Nurse Researcher* 4 (3), 5–16.

Cieza A, Stucki G, Weigl M. ym. ICF Core Sets for low back pain. *J Rehabil Med* 2004; Suppl 44, 69-74.

Cohen, M., Anthony, W. & Farkas, M. 1997. *Assessing and Developing Readiness for Psychiatric Rehabilitation*. *Psychiatric Services* 48 (5), 644-646.

Denzin N.K. 1997. *Interpretive Ethnography. Ethnographic Practices for the 21st Century*. Sage Publications. London: Thousand Oaks.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Tampere: Vastapaino.

Estlander, A-M. 2003a. *Kivun psykologia*. Juva: WSOY.

Farkas, M., Sullivan, S.A. & Gagne, C. 2000: *Introduction to Rehabilitation Readiness*. Boston University. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Flöjt, A. Tunnetko olevasi osallinen eli mitä osallisuus on? Jyväskylän yliopisto, Liikunnan sosiaalitieteiden laitos. Hakupäivä 3.1.2013

http://www.nuorisotutkimusseura.fi/sites/default/files/verkkojulkaisut/Flojt_Anu.pdf

Fysiatrian vastaanotto 2013. Oulun kaupunki. Hakupäivä 4.2.2013

<http://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/fysiatriin-vastaanotto>.

Gordon, T. 1970. *Viisaat vanhemmat*. Helsinki: Tammi.

Hanna, F. 2009. *Vaikeat asiakkaat terapiassa. Miten edistää myönteistä muutosta*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hart, R.A. 1997. Children's participation. The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care. London: Earthscan Publications Ltd, Unicef.

Hietala-Paalamaa, O. & Vuorela, M. 2004. Työtoimintaa mielenterveysyhdistyksissä. Kuntoutus 3/2004, 29-41.

Heath, C. & Luff, P. 1993. Explicating face-to-face interaction. Teoksessa G. Nigell (toim.) Researching social life. London: Sage, 306–327.

Heikkinen, H.L.T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näkö-aloja. Jyväskylä: PS-viestintä Oy, 25-62.

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjäla, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Kansanvaalistusseura.

Heliövaara, M., Mäkelä, M., Sievers, K., Melkas, T., Aromaa, A., Knekt, P., Impivaara, O., Aho, K. & Isomäki, H. 1993. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:35.

Hiltunen M., Nyman H. & Kiviniemi M. 2012. Katsaus eläketurvaan vuonna 2011. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 04/2012. Hakupäivä 21.8.2012
http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilastojulkaisut/tilastoraportit/katsaus_elaketurvaan_vuonna_2011_7.pdf

Hirsjärvi S., Remes P. ja Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvinvointipalvelut 2013. Oulun kaupunki. Hakupäivä 4.2.2013
<http://www.ouka.fi/oulu/paatoksenteko-ja-hallinto/hyvinvointipalvelut>.

Järvikoski, A., Hokkanen, L. & Härkäpää K. 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arviointia vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Hakupäivä 6.6.2013
http://www.kuntoutussaatio.fi/files/161/Asiakkaan_aanella.pdf

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uudistettu painos 2011. Helsinki: WSOYpro Oy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa: Kuntoutus. Toimittajat: P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Järvillehto, S. & Kiiski, R. 2009. Oman hyvinvoinnin lähteellä. Ohjaajan käsikirja. Tampere: Esaprint Oy.

Kaakkuriniemi, E. & Leino, J. 2013. "Yhteinen mieli, yhteinen kieli" - Oulun kaupungin Kuntoutuspalveluiden toimintamallin kehittäminen. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelma, ylempi (AMK). Opinnäytetyö.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Tampere: Yliopistopaino.

KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Hakupäivä 20.4.2012

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Kelan sairasvakuutustilasto 2010. Hakupäivä 21.8.2012

[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_10_pdf/\\$File/Sava_10.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_10_pdf/$File/Sava_10.pdf?OpenElement)

Kosciulek J.F. 1999. Consumer direction in disability policy formulation and rehabilitation service delivery. *Journal of Rehabilitation* 65, 2, 4-9.

Koski-Jännes A., Riittinen L., & Saarnio P. 2008. Kohti mutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus OY.

Koskisu, J. 2002. Mielenterveyskuntoutus – kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijaksi: kokemuksia väylämallista. Teoksessa K. Haarakangas (toim.): *Mielisairaala muuttuu*. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 144-158.

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Krippendorff, K. 1980 *Content analysis. An introduction to its methodology*. London: Sage publications.

Kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015. Kuntoutus - tie parempaan elämään. Kansaneläkelaitos. Hakupäivä 5.5.2013

http://www.kela.fi/documents/10180/12149/kuntoutusohjelma_2015.pdf

Kuntoutus ja terapia 2013. Oulun kaupunki. Hakupäivä 4.2.2013

<http://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/kuntoutus-ja-terapia>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.

Kysymystyyppejä 2013. SOSWEB –Sosiaalityön työmenetelmät. Hakupäivä 4.11.2012
<http://www.helsinki.fi/sosiaalityo/tietoa/sosweb/sivut/kysymykset.htm>

Käypähoito suositukset. Alaselkäsairaudet. Käypä hoito 16.6.2008. Hakupäivä 24.5.2012 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi20001>

Laidoner, A., Karvinen, K., Stojanovic, D. & Holmberg, N. 1997. Vierivä kivi ei samaloidu, retkahtamisen ehkäisystä & muustakin. Tietopaketti päihderiippuvuudesta sekä asiakkaalle että henkilökunnalle. Sisältää sekä teoriaa että käytännön vinkkejä. Hakupäivä 2.2.2013
http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/Retkahduksen_ehkaisy_2.pdf

Laine, P., päihdepsykiatri, Oulun kaupunki/Oulun yliopisto. 2011. Luento 8.11.2011. Tekijän hallussa.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Akateeminen väitöskirja.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä Juva: WS Bookwell Oy, 21-43.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. 1-3 painos. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Liebenson, C. What to do about “Yellow Flags”. 2002. Dynamic Chiropractic 20 (25), 1-5.

- Lindlöf, T. 1995. Qualitative communication research methods. Thousand Oaks: Sage.
- Luomajoki, H. 2010. Movement Control Impairment as a Sub-group of Non-specific Low Back Pain. Evaluation of Movement Control Test Battery as a Practical Tool in the Diagnosis of Movement Control Impairment and Treatment of this Dysfunction. Institute of Clinical Medicine, School of Medicine, Faculty of Health Sciences Department of Physiology / Sportmedicin. University of Eastern Finland. Kuopio. Akateeminen väitöskirja.
- Marttimo, K-P. 2010. Musculo-skeletal disorders, disability and work. People and Work Research Reports 89. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Mattila-Aalto, M. 2010. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappio-käyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutus-säätiön tutkimuksia 81/2009. Akateeminen väitöskirja.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki : International Methelp Ky.
- Miller, W.R & Jackson, K.A. 1985. Practical psykology for pastors: Toward more effective couseling. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Miller, W. & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing. Preparing People to Change. New Your: Guilfordpress.
- Miller, W. & Rollnick, S. 1991. Motivation interviewing. Preparing People to Change addictive behavior. New York: Guilfordpress.
- Mäkitalo, J. 2008. Työlähtöisen työterveyshuollon ja kuntoutuksen perusteet. Teoksessa J. Mäkitalo & E. Paso (toim) Työ, työ ja työ. Työlähtöinen työterveyshuolto ja kuntoutus. Oulu: Verve, 10-45.
- Mäntyselkä, P. Kipupotilas terveystieteissä 1998. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 165. Kuopio. Akateeminen väitöskirja.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus – Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

New Zealand Guidelines Group. New Zealand acute low back pain guide 2003. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain. National Guideline Clearinghouse. Hakupäivä 12.2.2012 www.guideline.gov

Ostelo, R.W., van Tulder, M.W., Vlaeyen, J.W., Linton, S.J., Morley, S.J. & Assendelft, W.J. 2005. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 25 (1), CD002014.

Oulu innovoi. Innovaatiostrategia 2007 – 2013. Hakupäivä 5.5.2012
<http://www.ouluinspiroi.fi/pdf/innovaatiostrategia.pdf>.

O'Sullivan, P. 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. Manual Therapy 10 (4), 242-55.

Palvelumalli 2020, palvelut ja verkkosuunnitelma 2013-2020. Oulun kaupunki. Hakupäivä 7.2.2013 http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=6e7d2bc0-09e7-4450-ab29-82d6a5f338db&groupId=52058

Patton, M.Q. 1990. Qualitative research and evaluation methods. 2nd ed. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Jyväskylä: WSOY.

Peltomaa, M. 2005. Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lisensiaatin tutkimus.

Pohjolainen, T. & Haanpää, M. 2004. Mitä hoitoa kipupotilas saa Suomessa – onko varaa parempaan? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120 (2), 191-193.

Pohjolainen, T., Seitsalo, S., Sund, R. & Kautiainen, H. 2007. Mitä selkävaiiva maksaa? *Duodecim* 123, 2110–5.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti muutosta. Teoksessa: S. Torkkola (toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Tammi.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. 1992. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*. 47 (9), 1102-1114.

Prochaska, J.O. 1979. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood. Illinois: Dorsey Press.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. 1994. *Changing for good*. New York: Avon Books.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 22.6.2011. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki. Hakupäivä 12.3.2012

<http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>

Raatikainen, P. 2006. Voiko ihmistiede olla arvovapaata. Teoksessa: J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Rajavaara, M. 2008b. Uusi työ ja kuntoutumisen politiikat. Ammatillisen kuntoutuksen toimivuuden tarkastelua. Opetusnäyteluento Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksella 15.10.2008.

Richardson, L. & St Pierre, E.A. 2005. Writing. A method of inquiry. Teoksessa N. Denzin & Y. Lincoln (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Method*. London: Sage Publications.

Ryan, G.W. & Bernard, H.R. 2000. Data Management and Analysis Methods. Teoksessa N. Denzin & Y. Lincoln (toim.) Handbook of Qualitative Research. 2. painos. Kalifornia: Sage Publications, 769-802.

Saikku, P. & Karjalainen, V. 2007. Kohtaamisen muuttuva haaste. Kuntoutus 2, 15-26.

Sairauslomapäivärahopäivät tautiluokittain. Työterveyslaitos. Hakupäivä 9.6.2013
http://www.ttl.fi/fi/tilastot/tyotapaturmat_ammattitaudit_ja_sairauspoissaolot/Sivut/sairauslomapavarahapaivat_tautiryhmittain_ja_vuosittain.aspx

Saxén, U. 2009. Erikoislääkärin uutiset. Yleislääketiede. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (6), 600.

Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2009. Mitä työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen on? Teoksessa: Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. R. Seppänen-Järvelä ja K. Vataja (toim). Jyväskylä: PS-kustannus.

Shier, H. 2001. Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the child. Children & Society 15, 107-117.

Shier, H. 2006. Pathways to participation revisited. New Zealand association for intermediate and middle schooling. Issue 2. Hakupäivä 14.3.2013
<http://www.harryshier.110mb.com/docs/Shier>

Silverman, D. 1997. Qualitative research: theory, method and practice. London: Sage Publications.

Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Hakupäivä 18.6.2012
<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>

Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto – Suomen Tule. Kansallinen TULE-ohjelma 2007. Hakupäivä 14.4.2012 <http://www.suometule.fi/KTO.pdf>

Smolander J., Hurri H. ym. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittaussuomen tuki- ja liikuntaelinliitto – Suomen Tule. Kansallinen TULE-ohjelma 2007. Hakupäivä 14.4.2012 <http://www.suometule.fi/KTO.pdf>

Tacchi, J., Slater, D., & Hearn, G. 2003. Ethnographic action research: A user's handbook developed to innovate and research ICT applications for poverty eradication. New Delhi: UNESCO.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Hakupäivä 22.4.2012
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>

Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 6.6.2013 http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015

Thomas, N. 2001. Children, Family and the State: Decision-making and Child Participation. Bristol: Policity Press.

Truman, C. & Raine, P. 2002. Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. Health and Social Care in the Community 10 (3), 136-143.

Tuomi, J. (toim.) 2005. Kokemuksia työyhteisön kehittämiseen. Opas kouluttajalle karikkojen välttämiseksi. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 6. Tampere.

Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja. Hakupäivä 18.6.2012
<http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa6.html>

Uuden Oulun palvelujen järjestämishjelma, yhdistymishallitus 4.5.2011 § 35. Hakupäivä 1.5.2013

<http://oulu.ouka.fi/uusioulu/pdf/Palvelujenjarjestamisohjelma.pdf>

Uuden Oulun Yhdistymissopimus 2010. Kuntaselvittäjät. Valtioneuvoston päätös 7.10.2010. Hakupäivä 1.5.2013

http://www.oulu.ouka.fi/kuntajakoselvitys/pdf/Sopimus_20100505_lopullinen.pdf

Uusi Oulu 2013. Oulun kaupunki. Hakupäivä 7.2.2013

<http://www.ouka.fi/oulu/paatoksenteko-ja-hallinto/uusi-oulu>

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 15.4.2013 http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1062749

Vehviläinen - Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26-34.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön –lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveystieteiden laitos & Kansanterveystieteen- ja yleislääketieteenlaitos. Akateeminen väitöskirja.

Virkkunen, J., Engeström, Y. & Miettinen, R. 2007. Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan tulevaisuus. Projekteista konseptikehittämiseen. Selvityksiä 2007 (49). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakas-lähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes.

Vuorela, S. 2005. Haastattelumenetelmät. Hakupäivä 25.2.2012

<http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/3-Vuorela.pdf>

Weber, R.P. 1990. Basic content analysis, second edition. London: Sage publications.

Whyte, W.F. (ed.) 1991. Participatory action research. USA: A Sage Ficus Edition.

Yhdistymissopimus 2010. Oulu kaupunki. Hakupäivä 7.2.2013

http://oulu.ouka.fi/kuntajakoselvitys/pdf/Sopimus_20100505_lopullinen.pdf

SUOSTUMUS OSALLISTUA KEHITTÄMIS- JA TUTKIMUSTYÖHÖN

Kehittämisen- ja tutkimustyön taustaa

Tämän kehittämis- ja tutkimustyön tavoitteena on kehittää yhteistyössä Uuden Oulun kuntoutuspalveluja käyttävien kuntoutujien ja kuntoutuspalveluita tuottavien fysioterapeuttien ja fysiatrian erikoislääkärin kanssa yhteistyössä uudenlainen kuntoutujaa osallistava työmenetelmä ammattihenkilöiden käyttöön. Keskeistä uudessa työmenetelmässä tulee olemaan, että kuntoutuja osallistuu aikaisempaa aktiivisemmin oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja oman kuntoutusprosessin arviointiin sekä tulee kuulluksi näissä tilanteissa. Tähän kehittämis- ja tutkimustyöhön osallistuu kaksi ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kuntoutuksen koulutusohjelmassa opiskelevaa opiskelijaa, joiden tehtävänä on mm. tuottaa kirjallinen raportti kehittämis- ja tutkimustyöstä.

Tutkimusaineisto

Kehittämistyössä kerätään aineistoja sekä haastattelemalla että videoimalla. Videoimalla kuntoutujan ja työntekijän tapaamista pyritään saamaan mahdollisimman monipuolinen ja totuudenmukainen kuva tämän hetkisestä toiminnasta. Näiden tilanteiden jälkeen tutkijakehittäjä haastattelee erikseen sekä kuntoutujan että työntekijän hänen kokemuksistaan tilanteesta.

Tutkimus noudattaa hyvälle tutkimukselle asetettuja eettisiä periaatteita. Tutkimusaineistoa käytetään ainoastaan tähän tutkimukseen, ja käyttöoikeus on vain tämän tutkimuksen toteuttajilla. Aineistoa ei luovuteta ulkopuolisille. Tutkimukseen osallistujien tietoja käsitellään luottamuksellisesti niin, että henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimukseen osallistuvilta ei kerätä erikseen tunnistetietoja. Tutkimuksen valmistuttua videotallenteet ja haastattelunauhut hävitetään.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja sinulla on mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta mihin tahansa kysymykseen tai keskeyttää haastattelu / videointi niin halutessaan.

Kehittämis- ja tutkimustyön ohjaaja on yliopettaja Arja Veijola Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksiköstä.

Lisätietoja kehittämis- ja tutkimustyöstä:

Arja Veijola, puh. 050-3451 605, arja.veijola@oamk.fi

Suostun osallistumaan kehittämis- ja tutkimustyöhön

Oulussa _____._____. 2012

Allekirjoitus ja nimen selvennys

LIITE 2



